King's College Hospital
Medical School
(UNIVERSITY OF LONDON).

Presented by

Sir John Phillips
MA., M.D., F.R.C.P.,
Emeritus Professor
of
Obstetric Medicine

May. 1921

Digitized by the Internet Archive
in 2021 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s6547id1338257

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

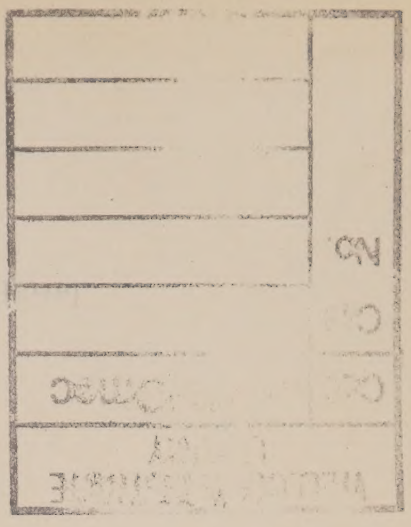
Erster Jahrgang.

1877. April bis December.

Leipzig,

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel.

1877.



Originalmittheilungen.

Ahlfeld, Zur Frage über den Uebergang geformter Elemente von Mutter auf Kind, No. 15. p. 265.

Bandl, Ueber das Verhalten des Uterus und Cervix in der ersten Zeit der Schwangerschaft, No. 10. p. 177.

Boeters, Zur Behandlung der Blutungen nach Abort, No. 20. p. 353.

Hegar, Zur Exstirpation normaler Eierstöcke bei Fibromyom des Uterus, No. 5. p. 73.

—— Ueber die Exstirpation normaler und nicht zu umfänglichen Tumoren degenerirter Eierstöcke, No. 17. p. 297.

Kleinwächter, Mastitis ausser Zusammenhang mit dem Puerperium, No. 7. p. 121.

Küstner, Ein bisher noch nicht praktisch verwerthetes Merkmal der Unreife des Kindes, No. 9. p. 161.

—— Womit ist das untere Uterinsegment Schwangerer ausgekleidet, und wohin verlegt das Mikroskop den inneren Muttermund am graviden und puerperalen Uterus? No. 11. p. 193.

Leopold, Die spontane Thrombose zahlreicher Uterinvenen in den letzten Monaten der Schwangerschaft, No. 4. p. 49.

Meyburg, Sphygmographische Untersuchungen über den Puls der Wöchnerinnen, No. 6. p. 89.

Olshausen, Zur Pathologie der Cervicalrisse, No. 13. p. 233.

Roth, Ueber das Erbrechen der Schwangeren, No. 18. p. 321.

Ruge und **Veit**, Anatomische Bedeutung der Erosionen am Scheidentheil, No. 2. p. 17.

Runge, Der Uebergang der Salicylsäure und des Jodkaliums in das Fruchtwasser, No. 5. p. 75.

Schücking, Eine streng antiseptische Behandlung der Puerperalwunden, No. 3. p. 33.

Soltmann, Nervenerregbarkeit und Muskelzuckung bei Neugeborenen, No. 16. p. 281.

Stahl, Zur Anatomie und Diagnose der theils extra- theils intraperitonealen Entwicklung von Ovarialgeschwülsten, No. 8. p. 145.

Namenregister.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen.)

Adams 352.
Agnew 172.
Ahlfeld 32. 134. 135. 136. 253. 254. 265. 295.
Ancona 39.
Anger 172.
Annandale 43.
Antal 45.
Anway 29.
Aron 219.
Atlee 13. 226.
Atthill 156. 196. 336. 351.
Aust-Lawrence 115.
Aveling 102.

Baker 263.
Bandl 177*.
Bantock 101. 234. 343.
Barbieri 81.
Barié 230.
Barlacchi 61.
Barker 128.
Basham 190.
Battey 220.
Bauer 276.
Bechmann 261.
Beigel 116. 137. 172.
Bellina 97.
Bellouard 175.
Beltz 254.
Benicke 4. 57. 228. 269.
Benoit 247.
Bentzien 243.
Berger 137.
Bernard 283.
Berrusier 197.
Biedert 222.
Binet 189.
Björnström 6.
Birnbaum 152.
Bischoff 122. 194. 270.
Blix 158.
Blot 174.
Blum 344.
Bocchini 98.
Boeters 353*.
Boinet 166.
Boissarie 43.
Bordier 41.
Bordley 120.
Bornträger 222.
Bourneville 244.
Breisky 199, 227, 276.
Breithweite 142.
Brisbane 351.
Browne 112.
Bruck 133.
Buckel 279.
Budin 93. 364.
Burt 137.
Butlin 27.

Cameron 35 1.
Campana 1.
Campell 319.
Cantù 350.
Chadwick 223. 228. 316.
Chamberlain 115. 184.
Chambers 284.
Charles 91.
Chassagny 132.
Chavanis 335.
Chénevière 172.
Chiamenti 242.
Choisnard 175.
Church 336.
Clay 15.
Cleveland 42.
Clutton 367.
Codd 110.
Coleman 317.
Collins 330.
Colognese 144.
Colucci 318.
Cormack 207.
Cory 351.
Courty 173. 238.
Couzier 264.
Covell 245.
Coy 36.
Crocker 360.
Cron 155.
Curie 192.
Cuthill 133.
Cutter 46.
Czarda 338.

Dally 264.
Dalton 224.
Dareste 210.
Davy 273.
Davaine 37.
Delens 203.
Delore 361.
Despaux Ader 200.
Dibarder 35.
Dockhmann 320.
Doepner 331.
Dohrn 82. 293.
Dolbeau 231.
le Double 368.
Dreyfous 335.
Dumont-Pallier 142.
Duncan, Matthews. 9. 22. 98. 105. 142. 245. 283.
Dupont 87.
Dussaussy 204.

Edis 81. 114.
Egli-Sinclair 327.
Elischer 204.
Emmet 111. 130. 220.
Engelmann (Kreuznach) 58.
Engelmann (St. Louis) 225.
Estachy 190.

Fasbender 313.
Faye 175. 242.
Fehling 77. 263. 287.
Fischer 252.
Fleischmann 202. 310.
le Fort 67.
Français 157.
Franck 168. 296.
Frankl 344.
Freund 277.
Freyer 345.
Friedländer 258.
Fruitnight 365.

Galabin 63. 189. 362.
Galezowsky 30.
Gamgee 67.
Garnier 31.
Gauderon 48.
Gavinzel 98.
Gellé 70.

Generali 277.
Genrich 319.
Gerhardt 337.
Gery 23.
Gillard 352.
Gillette 48. 61. 128. 158. 188. 190.
Giovanardi 70.
Girard 323.
Godlee 105.
Godson 75.
Goodell 160. 224. 226.
Gordon 314.
Grassi 227.
Green 113. 191.
Greene 39 229.
Grenser 119.
Griffith 58. 137.
Grigg 245.
Gross 157.
v. Grünewaldt 308.
Gurlt 68.
Gusserow 127. 293.
Guyot 203.

Haake 273.
Hamburger 134.
Hart 229.
Hausmann 206. 264. 349.
Hayem 195.
Heath 244.
v. Hecker 201. 271. 312.
Hegar 44. 73*. 106. 297*.
Helms 315.
Hensen 332.
Hergott 8. 24.
Hesse 110.
Hewitt 283.
Hickmann 142.
Hicks, Braxton 268. 283. 362.
Hildebrandt 151.
Hirschsprung 334.
v. Hoffmann 292.
Hofmokl 275.
Hoggan 97.
Högyes 180.
Holland 245.
Homole 279.
Howitz 238.
Hubbard 333.
Humphrey 94.
Hutchinson 246. 350.
Hyernaux 344.

Jacoby 175.
Jacoby (Kopenhagen) 472.
Jakesch 158.
Janvrin 82.
Jamieson 334.
Jenks 259.
Ingerslev 246.
Johannovsky 137. 173. 367.
Jones 367.
Joseph 132.
Irvine 238.
Jurasz 170.

Kahrs 38.
Kaltenbach 217. 342.
Kehrer 323.
Keller 364.
Keith 59.
Kjellberg 201.
Kimball 46.
Kind 48.
Kisch 155.
Kleberg 348.
Klein 207.
Kleinwächter 121*. 162.
Köberlé 27. 108. 313.
Kocher 11.
Köhler 72.
Kolessnikow 252.
Konrad 271.
Koster 47.
Krauss 366.
Krone 320.
Kroner 70.
Kuhn 325.
Küstner 22. 143. 161*. 164. 193*.

Lahs 125. 284.
Lamadrid 317.
Lamy 56.
Landau 54.
Landis 92.
Lanelongue 177.
Langenbuch 274.
Langhans 289.
Langlet 365.
Lardier 174. 257.
Larcher 248.
Laroyenne 26. 154.
Lawrence 171.
Lebedinsky 110.
Lehmann 16.
Leichtenstern 363.
Lelion 208.
Lente 104.
Leopold 19. 49*. 137. 159. 235. 359.
Levin 140.
Lewy 41.
Liebman 296.
Lindner 106.
Löhlein 14. 267.
Luneau 160.
Lungren 36.
Lusk 225. 320.
Lyman 224.

Macdonald 159.
Mackenzie 3.
Mader 106.
Maggia 170.
Magnan 30.
Magnin 141.
Mahmoud Sidky 329.
Malins 205.
Martel 51. 99. 278.
Marchal 83.
Martin, A. 5. 212. 283. 324.
Martin, J. W. 38.
Massart 367.
Massot 80.
Mayer 81.
Mayr 292.
Mc. Clintock 284.
Mehy 187.
Meissen 339.
Messner 96.
Meyburg 89* 291.
Michels 186.
Milne 100.
Möller 208.
Mollière 10.
Monod 296.
Monteils 242.
Moore 9.
Morel 35.
Moretti 258.
Morton 201.
Mossé 191.
Müller, P. 164.
Müller, L. 267.
Müller, H. 283.
Munde 95. 128. 158.
Müstern 183. 319. 326.
Musy 32.

Olioli 190.
Olshausen 117. 233*.
Orth 290.

Pajot 38.
Pallen 328.
Paller 158.
Panas 246.
Parrot 365.
Partridge 94.
Parvon 227. 261.
Paschkis 31. 279.
Pauli 266.
Péan 190. 205.
Pearce 24.
Peaslee 128. 226.
Peter 82.
Petit 188. 367.
Pichot 269.
Pingler 318.
Pitot 196.
Polaillon 2, 333. 366.
Pollack 205.
Poncet 230.
Popel 140.
v. Preuschen 209. 267.
Prochownik 124.
Puech 51. 153. 264.
Purefoy 141.

Raborg 53.
Rabuteau 47.

Rae 29.
Raffa 4.
Ramsford 208.
Rauber 332.
de Raure 316.
Reeves 113.
Reimann 55. 152.
Rein 99.
Revillon 173. 262.
Richardson 231. 263. 279. 352.
Richmond 368.
Richter 308.
Rigden 157.
Ripping 149.
Ritter 203. 239.
Roberts 282.
Robinson 157.
Roehrig 331.
Rokitansky 138. 160. 243.
Romiti 243.
Rose 316.
Roth 101.
Roth (Eutin) 3.
Rothe 335.
Roussel 282.
Roy 159.
Rubé 52.
Ruedinger 346.
Ruge 17* 64. 78. 211. 294.
Runge 75*. 82. 291.
Ruttledge 318.

Sartoli 277.
Schatz 87.
Schauta 277.
Schede 181.
Schenkl 241.
Schmid 253.
Schmidt 116.
Schönberg 334.
Schorr 173.
Schröder 14. 215.
Schücking 21. 33*. 182.
Schülein 307.
Schüller 104.
Schultz 185.
Scott 225.
Seeley 99.
Seeligmüller 30.
Seydel 229.
Simon 176.
Simpson 7. 26. 48.
Skene 92. 224. 230.
Soltmann 68. 281*.
Southall 315.
Spire 96.
Stahl 13. 145*.
Steger 95.
Stehberger 317.
Stickl 157.
Stilling 108.
Stolz 216.
Storch 206.
Storer 84.
Sutton 366.
Synett 350.
Synety 174. 264.

Tarnier 38. 56.
Tarpet 120.
Tauffer 217.
Taylor 51.
Theremin 71.
Terrier 191.
Thiede 278.
Thomas 10. 128. 176. 226. 228. 340.
Thornburn 284.
Thorpe 24.
Trall 237.
Trenholme 316.
Triaire 136.
Trush 317.
Turner 79.
Turnipseed 195.

Ullac 46.
Underhill 24. 142. 244.

Valenta 92. 256. 311.
Vanzetti 204.
Veit 17*. 40. 276. 295. 319.
Verneuil 42. 66. 156. 249.
Verrier 335.
Villeneuve 230.

Wachs 20.
Wahl 95. 155.
Walcher 176.
Walker 336.
Walsham 198.
Ward 10.
Warker 226.
Warren 115.
Wasseige 153. 344.
Weber 84. 260.
Weil 2.
Welponer 93.
Wells, Spencer. 11. 60. 204.
Whitehead 62.
Wiener 256. 280.
Wierer 350.
Wilhelm 207.
Williams 240.
Wilson 225.
Winckel 85.
Winkler 140. 212.
Winsor 262.

Young 20. 36.

Zoja 111.
Zweifel 311.
Zuntz 147.

Sachregister.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen.)

Abdominalcyste bei einem Knaben 245
Abortiva 141.
Abort, künstlicher 92.
Adenom des Nabels 22.
—— des Uterus 14.
Adenopathie bei Keuchhusten 32.
Aetzkali 206.
Albuminurie 87. 188.
Amblyopie 30.
Amenorrhoe 84. 190. 240. 245. 335.
Ammoniak, Vergiftung mit 157.
Amnionfaden 295.
Amputatio colli 16. 63. 308.
Anencephalus 175. 352.
Aniridie 207.
Antisepsis 33*. 181. 182. 183. 184. 185. 307. 308.
Arthritis def. 264.
Asthma 231.
Atresie 349.
—— ani 32 — hymenalis 190. 262 — recti 367 — uteri 38. 296 — vaginae 104. 368.
—— als Geburtshinderniss 95.
Autotransfusion 264.

Bauchlage 350.
Bauchnaht 313.
Becken, enges, spontane Geburt dabei 350.
—— osteomalakisches 366.
—— Statistik 312.
—— schrägverengtes 127.
Beckenmessung 344.
Beckensymphysen, Lockerung der 190.
—— Zerreissung der 96.
Belladonnavergiftung 176.
Bericht aus Stuttgart 361.
—— über den Amerikanischen Gynaekologencongress 223.
—— über die Gebäranstalt in München 271.
—— über die geburtshülfliche Section der Brit. med. assoc. 282.
—— über den internationalen med. Congress in Philadelphia 26.
—— über die Salzburger Poliklinik 325.
Bevölkerungstheorie 237.
Bildungsfehler 137.
Blase, Krankheiten der 85.
Blasenkatarrh, Behandlung des 104.
Blasenspalte 135.
Blasensprung 256. 311.
Blennorhoe 203.
Blut der Neugeborenen 195.
Blutungen, 231, während der Schwangerschaft 36 92.
—— nach Abort 353*.
—— Tod an 158. 351.
—— post partum 100. 101. 190. 351. 352.
—— vor der Entbindung 141.
—— klimakterische 155.
Bromkalium 350.
Brust-Exstirpation 10. 67.
—— Carcinom 27.
—— Eczem 27.
—— Nervenvertheilung in der 42.
—— Myxom der 9.
—— Hypertrophie der 247.

Carcinoma der Ovarien 335. 367.
—— peritonei 173.
—— uteri 192. 261. 269. 272. 276. 318.
—— der Vagina 276.
Castration der Kühe 116.
Casuistik 138.
Cervix, Verhalten der, in der Schwangerschaft 177*. 212.
—— Risse der 130. 233*.
—— Incisionen in die 328.
Cephalotripsie 153 siehe auch Kephalothrypsie.
Chinin 338.
Chloral 38. 231.
Chlorose 238.
Chlorzink 192.
Chromsäure 133.
Colchicum 176.
Colotomie 203.
Colpoperineoraphie 327.
Complication der Geburt durch Erkrank. der Mutter 4 — durch missgestaltete Früchte 5.
Compression bei Wunden 132.
Conglutinatio orificii 262.
Contractura ani 201.
Cyste des breiten Mutterbandes 108.
—— der Vagina 208. 209.

Cyste siehe auch Ovarien.
Cystocele durch Ovarientumor 111.

Dacryocystitis 208.
Dammrisse 9. 98. 216. 312. 313.
Darmcanal, Lufteintritt in den 323.
Decidua, Entzündung der 320.
Diaphragma, Lähmung des 154.
Dilatator v. Barnes 99.
Doppelmissbildungen 174. 243. 257. 333.
Dottergang 211.
—— gefässe 134.
Drainage 181. 274. 343.
Drillinge 24, 37.
Dünndarm, Occlusion des 71.
—— Strangulation des 113.
Duverneysche Drüse, Gonorrhoe der 105.
Dysmenorrhoe 328.
—— membranacea 41.
Dyspareunia 115.

Ebbe, uterine 84.
Ecchymosen 223.
Echinococcus 280.
Eclampsie 51. 91. 112. 350.
Ectopie des Herzens 296.
Eireste 255.
Eisenalbuminat 175.
Electricität bei Hysterie 207.
Electrolysis 46. 187.
Elephantiasis 230.
Embryotom 56.
Endocarditis 331.
Endometritis 41. 318.
Entbindung bei Sterbenden 258.
Entbindungsanstalt zu Bern 164.
Entwicklung der Säugethiereier 122.
Epitheliom der Cervix 57.
Erbrechen der Schwangeren 260. 321*.
Ergotininjectionen 330. 361.
Ernährung der Neugeborenen 310.
Erosionen der Portio 17*.
Erysipel 156. 360.
Essigsäure bei Carcinom 192.
Ether bromhydrique 47.
Eunuchen chinesische 334.
Exstirpation des schwangeren Uterus 99. 242.
—— des Uterus 316. 348.
—— des Uterus und der Eierstöcke 106.
—— der Ovarien 73*. 297*.
Extrauteringravidität 7. 37. 96. 141. 142. 157. 158. 263. 293. 315. 319. 335. 350. 352.

Faradisation, bei unterdrückter Lactation 39. 190.
Fibromyom 58. 73. 111. 112. 114. 186. 228. 229. 244. 248. 276. 278. 316. 319. 331. 342. 366.
—— Electrolyse bei 46, spontane Rückbildung bei — 14, Aetiologie der — 58, neue Methode der Entfernung — der — 58.
Fibromyom der Vagina 103.
Findelanstalten 347.
Fisteln 29, Blasenscheiden - 66. 173, Gallenblasen - 106, Nabel - 175, Urachus - 231.
Flexionen des Uterus 57. 220.
Foetus, Respiration des 147. Lebenszähigkeit des 180. 194.
Foetus sanguinolentus 64.
—— Uebergang der Narcotica auf den 128.
Frauenkrankheiten 196.
Fruchtwasser, Uebergang in das 75.
—— Entstehung des 124.
Frühgeburt, künstliche 53. 54. 85. 92. 293.
Fünflinge 24.

Galactorrhoe 264.
Gallenblasenfistel 106.
Gallengang, Verschluss des 334.
Gastro-elytrotomia 364.
Gastrotomie 27, siehe Laparotomie.
Geburt des Menschen 152.
—— schlecht geleitet 189.
—— bei doppelter Vagina und Uterus 228.
—— nach dem Tode 152.
—— bei Myom und Placenta praevia 228, über Wiederholung mehrfacher — 153, Theorie der — 284.
Gehirn des Embryo 332. 346.
Gelseminum 134.
Genitalien, Krankheiten der äusseren 151.
Geschwulst der Regio coccygea 4. 246. 296.
Gesichtslagen 279. 292. Umwandlung der — 93. 94. 95.
Glandula obturatoria 335.
Gonorrhoe latente 220.
Glüheisen 132.
Grundriss der Geburtshülfe 162.

Haematocele 172. 219. 279. 319.
Haematoma vulvae 188.
Haematometra 173.
Haemoglobulin 363.
Haemophilie 239.
Haemorrhoidalknoten 113. 172.
Haken stumpfer 196.
Harnröhre, Krankheiten der 85.
Hebelpessarium 160.
Heisswasserinjectionen 82.
Hemiplegie nach der Zange 336.
Hermaphroditismus 137. 277.
Hernia obturatoria 204.
—— ovarica 367.
Herzkrankheiten und Schwangerschaft 252.
Hirngeräusch 170.
Hydatiden 143.
Hydractis canadensis 314.
Hydramnion 2. 160.
Hydriatrische Behandlung 140. 318.
Hydrophobie 264.
Hydrorrhoe 3.
Hymen columnatus 31, Missbildung des 203.

Hymen imperforatus 333.
Hyperemesis 72.
Hysterom 274.
Hysterie 30. 173. 207. 241. 244.
Hysteroneurosis des Magens 115.

Jaborandi bei Albuminurie 365.
Icterus 217.
Idioten 48.
Ileus 31. 113.
Incontinentia urinae 87.
Infection, puerperale der Neugeb. 143.
Intermenstrualschmerz 140.
Intermittens 368.
Intussusception 48. 208.
Inversio uteri 35. 142. 227. 247.
Jodkalium Uebergang des — ins Fruchtwasser 75.

Kaiserschnitt 36. 261. 279.
Kautschukstöpsel, Verschlucken eines 120.
Kephalhaematom 115.
Kephalothryptor 242. 256.
Kinderernährung 222. 310.
Kinderkrankheiten 337.
Kindersterblichkeit 200.
Kloakenbildung 32.
Kniebrustlage 81. 114.
Knochensyphilis 366.
Kolpohyperplasia cystica 158. 172. 209. 294. 311.
Kranioklast 242. 256.

Lactation, Heilung der unterdrückten 39.
Lagerung, Einfluss der 102. 125.
Lebensdauer der Spermatozoiden 1.
Leber, Ruptur der 72.
Lebenszähigkeit des Foetus 180. 194.
Ligatur des Stiels bei Ovariencysten 45.
Lithotripsie 295.
Lufteintritt in den Darmcanal 323.
Luxationen bei Neugeborenen 275.
—— des Proc. xiphoideus 2.

Malaria 42.
Mastitis 121*.
Mechanismus der Vorderscheitellagen 92.
Mehrgeburten, Statistik der 251.
Melaena 319.
Menopause 230.
Menstruation 174 Regelwidrigkeit der 51.
—— praecox 20.
Metritis 114.
Milchabsonderung 253.
—— der Neugeborenen 175.
Milchdrüse der Kuh 252.
Missbildungen 68. 210. 262. 333.
Morphium bei der Geburt 320.
Myxom der Placenta 206.
—— der Brust 9.
—— des Ovarium 191.

Nabelschnur, Torsion der 22, Gebilde der 78, Knoten der 23. 204.
Nabelschnurbruch 135.
Nachgeburtsperiode, Physiologie der 21.
Naht des Uterus 36.
Narben des Uterus 230.
—— ectropium 272.
Narcotica, Uebergang der 128. 317.
Narkose 318.
Nervensystem der Neugeborenen 68. 281*.

Obliteration der Scheide 96.
Octoroon 270.
Ohrprobe 70.
Operationen geburtshülfliche 324.
Osteomalacie 263. 334.
Ovariencarcinom 335. 46.
Ovariencysten, Adhaesionen der 13, Platzen der 59, Pseudoovariencysten 61. 190, Vereiterung der 101, Behandlung mit Electrolyse 110, Aspiration der 114, Diagnose der 145, Entwicklung der 145. Aetiologie der 199, Drehung des Stiels der 205, Krankheiten der 166.
Ovarien Exstirpation der normalen 73*. 220. 297*.
—— accessorische 116, Myxoidkrebs der — 191. bei Scharlach 110, Compression der 244.
Ovarienschwangerschaft 350.
Ovariotomie 11. 43. 44. 60. 87. 108. 110. 117. 140. 191. 204. 244. 336. 343. 344.
—— Contraindicationen der 328.
Ovulation 174.

Paralyse, hysterische 173.
Paraplegie 230.
Pelvis inversa 295.
Perforation der Scheide 99, des Schädels 242.
Perlsucht 252.
Peritonealhöhle, Gas in der — 105.
Peritonitis 187. 197.
—— intrauterine 48.
—— der Kinder 48.
—— universalis 154.
—— während der Schwangerschaft 243.
Pessar, Myelitis verursachend 42.
Pflege der Kinder 70.
Phlebitis puerperalis 82.
Placenta 289. 290. 316. Entstehung der 79, Retention der 136. 254. 255. 317.
Placentarcirculation 21. 258.
Placentarexpression 353.
Placenta praevia 81. 189. 215. 228. 229. 267. 338. 339. 340.
Pleuritis diaphragmatica 26.
Pleuropneumonie 159. 352.
Pneumothorax 298.
Pocken 39. 157.
Pressschwamm 10. 320.
Prolaps 217. 295. 327.
Pseudoovariencyste 61. 190.
Psychosen 149.
Puerperalfieber 101. 155. 254. 360.
Puls, puerperaler 89*. 291.
Punction des Scheidengewölbes 217.

Quecksilber, Ausscheidung des 134.

Racenunterschied d. Neger u. Weissen 195,
Rachitis des Kiefers 202.
—— foetale 222.
Rachitische Beckenform, Entstehung d. 77.
Rathgeber für Mütter 200.
Rectaluntersuchung 198. 273.
Rectocele 188.
Respiration des Fötus 147. 267.
Retentio mensium 171.
Retroflexio uteri 119. 245. 294. 329. 362.
Retroversio uteri 6. 27. 367.
Retropharyngealabscess 261.
Ruptur der Leber 72.
—— des Uterns 229. 316.

Salicylsäure, Uebergang ins Fruchtw. 75.
Salicylsaures Natron 367.
Salivation 279.
Sarcom des Uterus 15.
—— der Vagina 191.
Schädeldeformationen 365.
Schädelfractur durch die Zange 120.
Schädelknochensyphilis 365.
Schädeltypus 201.
Schimpanse 292.
Schwangerschaft u. Wundverlauf 156. 249.
Scilla 176.
Secale 133.
Selbstentwicklung 158. 159.
Shok 167.
Sim's Speculum 345.
Skopzen 168.
Spermatozoiden, Lebensdauer der 1.
Splenotomie 205.
Spina bifida 144. 201. 207. 246.
Spondylizema 8. 24.
Spondylotomie 242.
Steisslagen 326.
Steissrückenlage 317.
Stoffverkehr, placentarer 287.
Symphyse, Zerreissung der 96.

Tamponade bei Placenta praevia 81.
Tetanus 246.
Temperatureinfluss auf den Fötus 291.
Therapie allgemeine 345.
Thrombose spontane 49.
Tinctura Eucalypti 176.
Torsion des Stiels bei Ovarialtumoren 205
Transfusion 47. 98. 231. 264. 351.
Trichterapparat Hegar's 106.
Trichterpessar 87.
Trismus 246.
Tubarschwangerschaft 37. 319.
Tube, Tod durch Platzen der 7.
Tuberkulose der Nieren 335.
—— der weiblichen Genitalien 279.
Tumor des Uterus 330. siehe Geschwulst.

Uebergang der Narcotica auf den Foetus 128. 265*
Unreife, Zeichen der 161*
Urethra, Krankheiten der 85. 344.
—— Muskelapparat der 35.
—— Krebs, der 10.
Uteringeräusche 170.
Uterinschleimhaut 19. 235. 359.
Uterinvenen, Thrombose der 49*
Uterus bicornis 294.
—— bipartitus 295.
—— carcinom 115.
—— duplex 227.
—— exstirpation 61. 62. 242. 348.
—— fibrom 366.
—— flexionen 220.
—— histologie 238.
—— prolaps 362.
—— rudiment 243.
—— septus 335.
—— unicornis 137.
—— Mangel des 62.
—— Narbe des 230.
—— Vorfall des 295. siehe Prolaps.

Vagina duplex 31. 137. 228. 277. 296.
—— Cyste der 209.
—— Mangel der 243. 137.
—— Vorfall der 40.
—— Operation bei Vorfall der 67.
—— Obliteration der 96.
—— Fibromyom der 103.
—— Narbe der 230.
—— Krebs der 276.
—— Septum der 317.
Vaginismus 316.
Vaginitis emphysematosa 311.
Vaginitis 114.
Verletzung des Dammes 9. 98. 216. 312. 313.
—— des Darms bei Ovariotomie 204.
—— des Abdomen 29.
—— der kindlichen Extremitäten 164.
—— während der Schwangerschaft 80.
Verschluss des Rectum 367.
Versehen der Schwangeren 350.
Versionen des Uterus 57.
Viburnum prunifolium 259.
Vierlinge 24.
Volumverminderung des Schädels 364.
Vorderscheitellagen 92.
Vorfall von Gliedmassen 52.
—— des Uterus und der Scheide 40.
—— Operation bei 67. 327.
Vulva, Krankheiten der 151.
—— Haematom der 188.

Wehen ohne Schmerzen 142.
Wundverlauf bei Schwangerschaft 149. 156.

Xenomenie 261.

Zange, neue von Tarnier 38. 216.
—— bei Steisslagen 273. 365.
—— Hemiplegie bei 336.
—— Schädelfractur bei 120.
Zerreissung der Symphyse 96.
—— des Scheidengewölbes 278.
Zwillinge, gleichzeitiges Eintreten 55. 95. 136. 315.
Zwitter 137, ein verheiratheter 82.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Erster Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 10 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 1. **Sonntag, den 1. April.** **1877.**

Inhalt: 1. **Campana,** Lebensdauer der Spermatozoiden. — 2. **Polaillon,** Luxation des Processus xiphoideus. — 3. **Weil,** Hydramnios. — 4. **Mackenzie,** Hydrorrhoe. — 5. **Benicke,** 6. **Raffa,** 7. **Martin,** Geburtscomplicationen. — 8. **Björnström,** Retroversio uteri. — 9. **Simpson,** 10. **Nicoll,** Extrauteringravidität. — 11. **Hergott,** Spondylizema. — 12. **Duncan,** Dammruptur. — 13. **Moore,** Brustmyxom. — 14. **Mollière,** Brusttumor. — 15. **Thomas,** Urethralkrebs. — 16. **Ward,** Pressschwamm. — 17. **Wells,** 18. **Kocher,** 19. **Atlee,** 20. **Stahl,** Ovariotomie. — 21. **Löhlein,** Fibrom. — 22. **Clay,** Sarcom. — 23. **Schröder,** Adenom. — 24. **Lehmann,** Amputatio colli.

1. **Campana.** Beobachtung über die Lebensdauer der Spermatozoiden im Innern des Eis bei Säugethieren.

(Gaz. med. de Paris 1877. No. 4. p. 46.)

Ein Kaninchen wird begattet und genau 12 Stunden später getödtet. Die Genitalien lagen in kühler Temperatur, die Untersuchung derselben fand 10 Stunden nach dem Tode statt. In der Tube lag ein Ei unbeweglich zwischen zwei Schleimhautfalten, die Oberflächencilien vibrirten lebhaft. In der Furche, welche das Ei einschloss, sah Verf. unbewegliche Spermatozoiden. Das Ei selbst fasste eine Menge Spermatozoiden in sich, die meisten in der Dottermembran, einige in den oberen Schichten des Dotters, andere wieder in der Flüssigkeit um den Dotter. Unter den letzteren bewegten sich zwei Spermatozoiden sehr lebhaft, änderten ihre Richtung und »strengten sich an in den Dotter einzudringen.« Als das Ei mit einem Immersionssystem beobachtet werden sollte, bewegte sich das Ei fort. Besonders wichtig ist diese Beobachtung, weil sie mehr als 10 Stunden nach dem Tode und bei einer Temperatur von 19° stattfand.

Fritsch (Halle a/S.).

2. **Polaillon.** Luxation des Processus xiphoideus während der Schwangerschaft.

(Gaz. des Hopitaux 1877. No. 2. p. 11.)

Eine Frau bekam im 7. Monat der Schwangerschaft, vielleicht in Folge des Tragens eines engen Corset's, eine Luxation des Processus xiphoideus nach hinten. Namentlich zur Zeit der Verdauung bestanden heftige Schmerzen. Die Spitze des Sternum lag quer, und war isolirt beweglich. Eine versuchte Reduction hatte keinen Erfolg

Malgaigne berichtet eine ähnliche Beobachtung. Eine Frau hatte, weil der luxirte Appendix auf den Magen drückte, so heftige Schmerzen während der Digestion, dass Patientin Hungers gestorben wäre, wenn man nicht die Luxation reducirt hätte. Dies geschah mittelst Incision und Elevatorium. Auch Mauriceau musste die sehr schwere Reduction eines luxirten Processus xiphoideus vornehmen, weil während der Schwangerschaft Hyperemesis bestand.

Fritsch (Halle a/S.).

---

3. **Th. Weil.** Ein Beitrag zur Kenntniss des vermehrten menschlichen Fruchtwassers (Hydramnion). Aus dem physiologisch-chemischen Institut des Prof. Hoppe-Seyler zu Strassburg i. E.

(Arch. f. Anat., Phys. u. wissensch. Med. v. Reichert u. Du Bois-Reymond 1876. Hft. 5. p. 543 [ausgeg. im Jan. 1877].)

Die erste Analyse des Hydramnion, ausgeführt von Siewert (Zeitschr. f. d. ges. Naturwiss. 1863. XXI. p. 146), genügt beim heutigen Stande der Wissenschaft nicht mehr. Verf. analysirte in zwei Fällen das vermehrte Fruchtwasser.

1) III. par. Enges Becken, Geburt spontan im 7. Monat. Wendung auf die Füsse. Gewicht des Kindes 1447 Grm., der Placenta 650 Grm. Das Kind ist 35 Ctm., die Nabelschnur 59 lang. Geburtsdauer $9^3/_4$ Stunden. Die Fruchtwassermenge beträgt 5500 Kbcm. Spec. Gewicht 1,007; feste Rückstände 11,85 pro Mille beim Verdunsten; darin 6,55 anorganische Stoffe; Summe der organischen Stoffe 5,3 p. M.; also Wassergehalt 988,15 p. M. Verf. fand das schon von Scherer nachgewiesene Mucin: 0,1 p. M. Vielleicht stammt das Mucin aus der Wharton'schen Sulze. Eiweisskörper liessen sich in Menge von 3,5 p. M. nachweisen, darunter Vitellin und wahrscheinlich Serumalbumin. Es wurden ferner Krystalle dargestellt, welche mit dem des Allantoin übereinzustimmen schienen. Harnstoff wurde mit verschiedenen Methoden festgestellt; auf Harnsäure fand keine Untersuchung statt. Zucker nachzuweisen gelang ebensowenig, wie bei der Untersuchung auf Milchsäure ein sicheres Resultat erlangt wurde. Dagegen konnte man oxalsauren Kalk darstellen.

2) III. par. Schlecht entwickeltes Kind, 46 Ctm. lang, 2380 Grm. schwer, Placenta wiegt 460 Grm., Nabelschnurlänge 46 Ctm., Geburtsdauer 22 Stunden. Man konnte 4000 Grm. Fruchtwasser auf-

fangen. Das Kind starb nach 24 Stunden. Im Fruchtwasser befanden sich Fibrincoagula und etwas Blut. Spec. Gewicht 1,008. Von Eiweisskörpern fand man Serumalbumin und Paraglobulin, bei welchem Befund der Blutgehalt des Fruchtwassers nicht übersehen werden darf Harnstoff wurde mit Sicherheit, Allantoin mit Wahrscheinlichkeit constatirt. Sicher stammt das Allantoin aus dem Harn des Fötus. Da man Allantoin im Harn von Hunden bei gestörter Respiration fand, so fragt sich, ob dieser Stoff bei asphyktischen Kindern besonders reichlich vorhanden ist. Auch hier fehlte Zucker. Da derselbe im Fruchtwasser des Schweines, der Kuh etc. vorkommt, so ist sein Fehlen für das menschliche Fruchtwasser vielleicht charakteristisch.

Verf. knüpft an diese Untersuchungen eine Polemik gegen Sallinger's Dissertation, Zürich, 1875: Ueber Hydramnios im Zusammenhang mit der Entstehung des Fruchtwassers. In dieser Dissertation wurde Jungbluth's bekannte Arbeit angegriffen und behauptet, »mechanische Störungen des fötalen Kreislaufes oder Veränderungen der fötalen Blutmasse, nicht besondere anatomische Einrichtungen der Placenta erzeugen Hydramnios.« Weil vertheidigt Jungbluth, und fragt, ob nicht bei einer plötzlichen Drucksteigerung im mütterlichen Kreislauf die Vasa propria wieder durchgängig werden könnten? In Fall 1 konnte Waldeyer die Vasa propria durch Injection nachweisen. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

4. **Colin Mackenzie.** Ein Fall von Hydrorrhoe.

(Amer. Journ. of obstetr. 1877. Jan. p. 90.)

Verf. theilt einen interessanten Fall von Hydrorrhoea gravidarum mit: Frau von 31 Jahren, Mutter zweier Kinder, wegen eines Fibroids operirt. 6 Monat später wird Pat. schwanger. In den 3 ersten Monaten tritt 3 Mal wässriger Ausfluss ein, dieser dauert fort bis zur Entbindung, ohne das Wohlbefinden irgendwie zu stören. Er ist sehr reichlich, farb- und geruchlos. Auch bei der, sonst normalen Geburt, wird Flüssigkeit entleert, ebenso noch während der 2 ersten Tage des Wochenbetts. Am dritten Tage hört der Ausfluss auf, die Lochien bleiben bis zum 13. Tage normal, dann wird wieder eine Menge Wasser entleert. Noch 5 Wochen später fliesst Wasser und schleimig-eitrige Flüssigkeit aus, dann hört jeder Ausfluss auf. Untersuchungen während der ganzen Zeit konnten nichts Pathologisches entdecken. Als später die Menstruation wieder eintritt wird sie stets complicirt durch einen 5 Tage vorhergehenden und 6—7 Tage folgenden Wasserausfluss. Bei einer zweiten Schwangerschaft waren die Verhältnisse ähnlich, nur war der Wasserausfluss spärlicher. Da Placenta und Eihäute, genau untersucht, für normal befunden wurden und der Ausfluss später fortdauert, so kann er blos auf einen hypertrophischen Zustand der Uterindrüsen und Uterinschleimhaut bezogen werden. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

5. **F. Benicke.** Vier Fälle von Geburtscomplication durch seltene Erkrankungen der Mutter.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. I. Hft. 1. p. 27.)

Verf. berichtet 4 seltnere Fälle von Erkrankungen in der Schwangerschaft.

Der 1. Fall betrifft eine bis dahin gesunde X. par., welche im Verlaufe der 10. Schwangerschaft an Paraplegie und Anästhesie des untern Theils des Rumpfs und der untern Extremitäten erkrankte. Sie gebiert plötzlich ohne überhaupt Wehen empfunden zu haben. Wochenbett normal, weitrer Verlauf unbekannt. Als wahrscheinliche Krankheit wird chronische Myelitis angenommen. Der Mangel jeglicher Empfindung von Wehen bei der Geburt spricht für die Golz'sche Ansicht, dass das Centrum der motorischen Uterusnerven sich über das ganze Rückenmark erstrecke. Doch ist selbstverständlich die Frage damit noch nicht entschieden, ob nicht ausserdem Centra im Hirn und Rückenmark liegen.

2. Eine III. par., die schon einige Zeit an Kopfweh gelitten, erkrankt mit Wehenbeginn an Meningitis. Sie kommt im Sopor mit Convulsionen in die Klinik und stirbt 10 Stunden nach einer leichten Entbindung durch die Zange. Section weist eitrige Entzündung der Meningen nach. Interessant ist, dass das Neugeborne am 3. Tag an purulenter Entzündung der Pia starb. Einen Zusammenhang beider Erkrankungen anzunehmen, wie Verf. geneigt scheint, ist doch fraglich, da die Raschheit des Placentarverkehrs, wie sie B. annimmt, von andern Seiten bestritten wird.

3. Eine I. par. erkrankt im 9. Monat an eitriger Schultergelenksentzündung; frühzeitige Geburt, Tod 2 Tage p. part. Section weist pyämische Infection nach, ausgegangen von der Gelenkentzündung. Kind lebt. Verschlimmerung des Zustands durch die Geburt war ganz auffallend.

4. Ein seit 1 Jahr an Morbus Basedowii leidendes Mädchen von 31 Jahren wird schwanger. Struma, Exophthalmus und Herzhypertrophie nehmen zu, während französische Autoren Abnahme der Symptome behaupten. Im übrigen bot Geburt und Wochenbett nichts besonderes. **Fehling** (Stuttgart).

---

6. **A. Raffa.** Ueber angeborene Mischgeschwülste der Regio sacrococcygea.

(Gazz. ital. Prov. Venete 1877. No. 3 und 4.)

Verf. wurde zu einer 32jährigen V. par. (Mutter von 4 gesunden Kindern) gerufen, bei welcher das Kind in einer Kopflage bis zu den Darmbeinkämmen geboren war, und der übrige Theil des Rumpfes, trotz 2 stündiger sehr energischer Wehenthätigkeit, nicht ausgestossen werden konnte. Der Rücken des Kindes war nach vorn und etwas nach links gerichtet. Erst nachdem Verf. beide unteren Extremitäten herausgeholt hatte, gelang es ihm die Steissgeschwulst mit der Hand

zu erfassen und durch einige kräftige Züge herauszubefördern. — Das Kind war weiblichen Geschlechts, reif (48 Cent. lang) und während der Geburt abgestorben.

Die Steissgeschwulst war kugelig (grösster Umfang 43 Cent.), von normaler Haut bedeckt, elastisch, an einigen Stellen fluctuirend, an anderen liessen sich in derselben harte runde Körper nachweisen. Dieselbe ging vom subcutanen Bindegewebe, dem Steissbeine und dem unteren Theile des Kreuzbeines entsprechend, aus. Am Durchschnitte zeigte sie zwei verschiedene Substanzen: 1) eine Corticalsubstanz, dunkelroth, ziemlich derb, gelappt, in welcher mehrere knochenharte Knollen sich vorfanden; 2) eine Marksubstanz Encephaloïd, theils weisslich und etwas consistenter, theils röthlich und viel weicher. Eine bindegewebige Scheidewand (tramezzo di connettivo) trennte beide Substanzen von einander. Sowohl in der Rinden- als in der Marksubstanz waren mehrere erbsen- bis hühnereigrosse Cysten, ausserdem noch junges Bindegewebe und elastische Fasern. Die rothe Substanz bestand aus Schleimgewebe; von den darin enthaltenen vielgestaltigen Bindegewebszellen waren viele hochgradig verfettet. — Die Corticalsubstanz bestand aus fibrillärem Bindegewebe, aus osteoidem Gewebe und aus wirklichem Knochen. Die Cysten enthielten Fettkörnchen und Trümmer von Epithelien. Die innere Wand der Cysten, besonders der kleineren, war mit einschichtigem Plattenepithel ausgekleidet. — Nerven- oder Muskelgewebe konnte nirgends nachgewiesen werden.

Verf. zählt die Geschwulst zu den sogenannten Teratomen und lässt eine Zusammenstellung ähnlicher Fälle aus der Literatur (mit besonderer Berücksichtigung französischer Autoren) folgen, nebst einigen Betrachtungen über die geburtshülfliche und chirurgische Behandlung derselben, welche nichts wesentlich Neues enthalten.

Liebmann (Triest).

---

7. **A. Martin.** Ueber Geburtserschwerung durch missgestaltete Früchte.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. I. Hft. 1.)

Zur Vermehrung der hierüber noch sparsamen Literatur theilt Verf. folgende Fälle mit: 1. Eine 38jährige Zweitschwangere trägt bei ruhiger Lebensweise und starkem Essen ihr Kind wahrscheinlich 4 Wochen über die Zeit. Die Geburt verzögert sich. Verf. kommt dazu, nachdem schon ein andrer Arzt an dem in 3. Schädelstellung stehenden Kopf die Zange vergeblich angelegt hat. Er perforirt das todte Kind, entfernt das Schädeldach und wendet auf beide Füsse. Die Frau starb. Das Kind wiegt ohne Gehirn und Blut 7470,0. Der Fall ist also wichtig, weil durch ihn ein Gewicht von ca. 8 Kilo sichergestellt ist.

Der 2. Fall betrifft die verhältnissmässig rasch erfolgte Geburt eines 3600,0 schweren Acardiacus 2 Tage nach der Geburt eines

normalen Knaben. Die Nabelschnüre vereinigten sich $3^1/_2$ Ctm. von der Placenta, die des Acardiacus war sulzreicher als die andre, hatte 2 Arterien und eine Vene. Placenta war leider zerfetzt.

Ein 3. Fall betrifft weniger Geburtserschwerung durch Missbildung als durch eigenthümliche Einstellung. Bei einer Frau war der 1. Zwilling leicht in Steisslage entwickelt worden. Nach dem Blasensprung des 2. stellt sich ein prall elastischer Sack ein. Oberhalb desselben sind Rumpf, Hüften, untere Extremitäten zu fühlen. Nach der Entwicklung an beiden Beinen zeigt sich der Sack als Hydrorachis. Das Kind starb am 3. Tag an Meningitis. Bei der Operation war bemerkenswerth die Leichenstarre der Beine.

Im 4. Fall wird wegen Geburtsverzögerung nach dem Blasensprung eine enorme Fruchtwassermenge entleert, dann am Bein ein frühreifes Mädchen entwickelt, das in der Haut des rechten Beins, der Schamgegend, der rechten Rückenhälfte zahlreiche unter einander zusammenhängende cystöse Räume zeigte, die geronnenes Blut enthielten. Einen ähnlichen s. Z. von Martin (Vater) beschriebenen Fall erklärte damals Recklinghausen für multiple Cystenbildung im Bindegewebe zugleich mit Ektasie der venösen und capillaren Blutgefässe.

Fehling (Stuttgart).

---

8. **F. Björnström.** Fall von Retroversio uteri gravidi, 4 Mal reponirt, glücklicher Ausgang.

(Upsala Läkareförenings Förhandlinger Bd. XII. Hft. 1.)

Eine 25jährige Erstgebärende bekam in der sechsten Woche der Schwangerschaft Beckenschmerzen, Stuhlverhaltung und Genitalblutungen. Die Exploration, hierdurch veranlasst, ergab eine Retroversion mit völlig horizontaler Stellung des Uterus, welche in der Lage à la vache leicht redressirt wurde. Zwei Tage später musste die Reposition wiederholt werden; wegen des drohenden Aborts konnte kein Pessarium eingelegt werden. Nach neun Tagen war der Fundus uteri schon wieder unter das Promontorium gesunken, es war aber jetzt eine vollständige Flexion vorhanden, und die Vaginalportion stand parallel der Beckenaxe. Mit etwas grösserer Schwierigkeit wurde die Reposition hergeführt. Zum vierten und letzten Male musste diese acht Tage später wieder ausgeführt werden, vorher war Erbrechen, aber keine Blutung und keine Harnbeschwerden vorhanden. Nach einigen Wochen ruhigen Verhaltens in Seiten- und Bauchlage verlief die Schwangerschaft günstig, ebenso die Geburt, und nach dieser war die Lage der Gebärmutter eine normale. Bezüglich der Erwähnung Martin's (die Neigungen und Beugungen der Gebärmutter), dass er eine Umbildung einer Retroversion in Flexion nicht sicher constatirt habe, weist der Verf. in diesem Falle darauf hin, dass ein solcher Uebergang hier ersichtlich war.

Ingerslev (Kopenhagen).

---

9. **Simpson.** Drei Fälle von Extrauterinschwangerschaft, No. 3 eine ausgetragene Tubarschwangerschaft.

(Mitgetheilt in der XXXV. Session der Obst. soc. of Edinb. Edinb. med. journ. 1877. Januar. Bd. CCLIX. p. 645.)

1. Patientin ist 39 Jahr alt. Im zweiten Monat der Schwangerschaft treten Zeichen einer Entzündung im Becken und eines drohenden Aborts ein. Danach fühlte sich Patientin wohler und der im Leibe vorhandene Tumor wurde wieder kleiner. Nach 7 Jahren normale Geburt. Man fühlt in der linken Seite des Leibes einen festen, theilweise beweglichen Tumor. Nach der im nächsten Jahre erfolgten zweiten Geburt tritt Peritonitis, und nach ca. 3 Monaten der Tod ein. Bei der Section findet man extrauterin einen Foetus.

2. Im zweiten Fall treten Zeichen der inneren Verblutung ein. Man kann das Blut durch Fluctuation nachweisen. Eis, Opium, Stimulantien bessern das Befinden. Pat. wird gesund. Später Tod an acuter Peritonitis. Man fand den Foetus in dem Douglas'schen Raume. Die Cyste war nach dem Rectum perforirt, dadurch waren Gase und flüssige Faeces in die Abdominalhöhle getreten, und eine acute Peritonitis hatte dem Leben ein Ende gemacht.

3. Eine Frau hatte in der linken Seite Schmerzen, man denkt an Complication von Ovarientumor und Gravidität. Andere Aerzte leugnen die Gravidität. Später fühlt die Pat. Kindsbewegungen. Am richtigen Termin beginnt die Wehenthätigkeit. Danach hören die Kindsbewegungen auf. 3 Monate später tritt Peritonitis ein. Man entfernt mit dem Aspirator dunkelfarbige Flüssigkeit, die sich als Liqu. amnii herausstellt. Die Peritonitis nahm zu, Pat. starb. Bei der Section konnte man nachweisen, dass die Tuba Fallop. geschwängert war. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

10. **H. D. Nicoll.** Tod in Folge einer intraperitonealen Blutung aus einer geplatzten Tube.

(Amer. Journ. of Obstetr. 1877. Januar. p. 111.)

Eine Frau von 30 Jahren, Mutter zweier Kinder, leidet seit mehreren Jahren an Retroversion. Vor zwei Wochen trat die letzte, spärliche Menstruationsblutung ein. Seit der Zeit bestehen Abdominalschmerzen. Nach einem Coitus fühlt Pat. plötzlich einen heftigen Schmerz in der linken Seite, es folgt eine Ohnmacht, Bewusstlosigkeit, der Puls verschwindet, und nach 12 Stunden stirbt Pat. Nach einer Vaginalexploration hatte man im Douglas'schen Raume eine fluctuirende Masse gefühlt und eine Haematocele diagnosticirt. Bei der Section fand sich die ganze Abdominalhöhle voll Blut, welches zum grössten Theil coagulirt war. Uterus gross, seine Schleimhaut etwas verdickt. Ovarien ebenfalls vergrössert, das linke enthielt ein Corpus luteum. In der linken Tube, einen halben Zoll vom Uterus entfernt, war die Tube circumscript in Haselnussgrösse geschwollen, und oben eingerissen. Die geschwollene Partie enthielt ein festes

Coagulum. Wenn auch bei der sorgfältigsten makro- und mikroskopischen Untersuchung keine Spur vom Ei in der Tube gefunden wurde, so muss man doch eine Tubarschwangerschaft annehmen, zumal die Tube zwischen Uterus und Blutcyste verschlossen war. Interessant ist, dass das Ei sicher erst 14 Tage alt sein konnte. An dem zeitigen Platzen hat wohl der Impetus des Coitus Schuld.

Fritsch (Halle a/S.).

---

11. **F. J. Hergott.** Ueber Spondylizema oder Einsinken der Wirbelsäule. Eine neue Ursache der Beckenveränderung.

(Arch. de Tocologie 1877. Februar p. 67.)

Verf. weist auf das durch Caries des Wirbelkörpers bedingte Einsinken der Wirbelsäule hin, als ein noch nicht studirtes Leiden. Er giebt dafür im Gegensatz zur Spondylolisthesis den Namen Spondylizema (ἴζημα). Verf. scheint dabei zu übersehen, dass in der deutschen Literatur, z. B. bei Schröder, derartige Becken als Abart zu den kyphotischen gestellt werden.

Verf. beschreibt 1. ein im Besitz von Stoltz befindliches Becken (auch schon beschrieben von Didier, Thèse Nancy 1874). Es ist dies ein weibliches Becken unbekannter Herkunft, leicht (365,0), auffallend porös, nach Verf. die Folge früherer starker Hyperämie, Querdurchmesser des Eingangs 13,5 Ctm. Auf der Basis des Kreuzbeins ruht der 4. Lendenwirbel, bildet jedoch mit dem ersten Kreuzwirbel keinen Vorberg, sondern einen nach vorn offenen stumpfen Winkel. Die Stelle des Vorbergs ist tiefer herabgesunken als gewöhnlich, indem ein Theil des 1. Kreuzbeinwirbelkörpers (Höhe 14 statt 32 Mm.) und ausserdem die vordere Wand des 5. Lendenwirbels gänzlich fehlt. 2 Abbildungen erläutern dies Verhältniss. Die geburtshülfliche Conjugata beträgt 8 Ctm. von der Symphyse zum obern Rand des 3. Lendenwirbels, die vera 12 Ctm.

Endlich betont Verf., dass sämmtliche Bogenfortsätze gut erhalten sind.

Wegen der Seltenheit der Fälle führt er die anderen bereits beschriebenen Becken der Art ausführlich an, somit

2. das von Fehling (Arch. für Gynäkologie Bd. IV. p. 1) beschriebene, von ihm Pelvis obtecta genannt, nebst Abbildung desselben. Hier fehlt der 3., 4. und 5. Lendenwirbelkörper. Die geburtshülfliche Conjugata geht zum 11. Dorsalwirbel, beträgt 38 Mm.

3. Das Becken von Belloc (ist bei Schröder zu den spondylolisthetischen gerechnet) mit Kyphosis dorsolumbalis, die Wirbelsäule bildet mit dem Kreuzbein einen rechten Winkel.

4. Das Brüssler Becken, von Gluge-Lambl beschrieben, abgeheilte Caries des 1. Kreuzwirbels mit Osteophytbildung, starke Neigung der Lendenwirbelsäule nach vorn.

5. Das von Olshausen (Monatsschrift XVII. Bd.) beschriebene Becken. Körper des letzten Lenden- und 1. Kreuzwirbels fehlt.

Mässige Lordose der Wirbelsäule. Conjugata vera 10,8 Ctm., geburtshülfliche Conj. 8,8.

Ein Theil dieser Becken war früher zu den spondylolisthetischen gerechnet. Verf. vergisst hierbei das von Lange (Arch. für Gynäkologie Bd. I) beschriebene seltene Becken.

Nach einer historischen Skizze der Art und Weise wie Kilian zur Entdeckung eines spondylolisthetischen Beckens kam, führt er ferner echte Becken der Art an:

1. das Prager Becken von Seifert,
2. das Paderborner, von Kilian beschrieben, Verf. bringt dabei nur Bekanntes.

Fehling (Stuttgart).

Fortsetzung folgt.

---

12. **Matthews Duncan.** Ueber Verletzungen der äusseren Geschlechtstheile bei Erstgebärenden (mit Ausnahme des Hymen).

(Obstetr. Journ. of Great Britain and Ireland Januar 1877.)

Verf. hat bei 25 Erstgebärenden die Art der Zerreissungen der äusseren Geschlechtstheile genau untersucht und findet, dass sie von denen bei Mehrgebärenden wesentlich abweichen. Die Zerreissungen sind von dreifacher Art: erstens radienartig um das Orificium vaginae (93 %); zweitens circulär oder parallel zu der gespannten Scheidenöffnung (12 %) und endlich drittens Centralrupturen (3 Fälle). Die letztern entstehen durch Spannung in querer Richtung, von einem Tuber ischii zum andern. Bei einem dieser Fälle war nur das oberflächliche Lager des Corium zerrissen, während das tiefere Lager und das Epithelium intact geblieben war, ein Befund wie bei den Schwangerschaftsstriae.

Die Zerreissungen im Vestibulum vaginae waren meist wie scharfe Schnittchen, leicht blutend, und traten vor der Geburt des ganzen Kopfes auf. In keinem der 25 Fälle fehlte ein Riss in der hintern Commissur; in einzelnen Beispielen waren die Risse in der vordern Wand und im Vestibulum grösser, als die des Perinäum. Das letztere war in 60 % mehr oder weniger zerrissen, das Vestibulum in 64 %. Die betreffenden Risse befanden sich vorwiegend auf der linken Seite, wovon die grössere Häufigkeit der localen Wochenbettserkrankungen auf der linken Seite abhängt.

Zum Schluss sind die 25 Geburtsgeschichten in Kürze angeführt.

Leopold (Leipzig).

---

13. **J. N. Moore.** Ein Myxom der Brustdrüse.

(Brit. med. Journal 1877. Februar 3.)

In der pathologischen Gesellschaft zu Dublin zeigte M. ein grosses myxomatöses Sarcom, entfernt von der Brust einer 35jährigen Frau. Der Tumor hatte 6 Jahr bestanden, Beschwerden hauptsächlich durch sein Gewicht gemacht, und zu Blutungen von seiner Ober-

fläche Veranlassung gegeben. Die Lymphdrüsen waren frei. Es war ein Zellgewebstumor mit vorwiegend ovalen und spindelförmigen, aber auch runden und sternförmigen Zellen. In der Mitte eine lipomartige Masse. **Fehling** (Stuttgart).

---

14. **D. Mollière.** Exstirpation eines grossen Brusttumors nach vorausgegangener Unterbindung der Venen.

(Lyon med. XXIV. No. 1. p. 9.)

Die colossalen Brusttumoren sind meist gutartiger Natur. Die Hauptgefahr bei der Abtragung ist die oft enorme Blutung. Man hat deshalb galvanocaustisch operirt oder das Glüheisen angewendet. Verf. hält es für besser die Venen vor der Operation zu unterbinden. Bei einer 45jährigen Frau, welche einen colossalen Tumor der linken Brust hatte, wurde jede sichtbare Vene umstochen und dann unterbunden. Danach sah der Tumor auffallend blass aus. Nachdem dann zwei halbkreisförmige Schnitte um die Basis der Geschwulst geführt waren, vollendete der Verf. die Operation durch Enucleation mit den Fingern. Die Blutung war unbeträchtlich. Eine 25 Ctm. lange Wundfläche blieb zurück, 3 Arterien wurden unterbunden. Die mit 6 Metallsuturen vereinigte, drainirte Wunde heilte schnell. Der Tumor wog 2350 Grm. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

15. **T. G. Thomas.** Ein Fall von Krebs der weiblichen Urethra.

(Amer. Journ. of Obstetr. 1877. Jan. p. 114.)

Eine Patientin von 29 Jahren bemerkt einen fleischwasserähnlichen Ausfluss und später Blutung aus der Vagina. Bei der Untersuchung fand sich ein wallnussgrosser Körper aus der Urethra hervorragend. Dieser Tumor wurde mit dem Galvanocauter, sammt dem Theil der Urethra, von welchem er entsprang, abgetragen. Die mikroskopische Untersuchung stellte den carcinomatösen Charakter fest. Pat. litt später in keiner Beziehung an Urinbeschwerden.

Fritsch (Halle a/S.).

---

16. **J. M. Ward.** Eine Methode, um die Gefahr der Infection und der Metritis bei der Anwendung des Pressschwamms zu beseitigen.

(Med. News a. Library Philad. 1876. Nov.)

Verf. umwickelte den ganzen Pressschwamm mit Ausnahme des dicken Endes mit einer doppelten Lage von dünnem durchsichtigen Pflaster, sog. Goldschlägerhäutchen, welches nass aufgelegt wird. So zubereitet ist die Einführung des Schwammes eine sehr leichte, und ein Aufquellen in keiner Weise gehindert. Ein in Glycerin getränkter Tampon hält den Schwamm am Platze und giebt ihm die zu seiner Aufquellung nöthige Flüssigkeit. Bei der Entfernung erfolgt weder die sonst gewöhnliche Blutung, Excoriation, noch der jauchige Ausfluss. Eine consecutive Metritis ist dem Verf. noch nie begegnet.

Paul F. Munde (New-York).

---

17. **Spencer Wells.** Ueber Ovariotomien.

(Bost. med. Journ. 1877. Febr. 24. p. 238.)

Nach einem kurzen mündlichen Bericht hat Wells im Jahr 1876 55 Operationen im Samaritan-Hospital gemacht, davon 5 gestorben, also etwas mehr als 9%. 3 davon zum 2. Mal mit Erfolg operirt, bei einigen wurden beide Ovarien entfernt. **Fehling** (Stuttgart).

---

18. **Kocher.** Bericht über eine dritte Serie von 5 Ovariotomien.

(Correspondenzblatt f. Schweiz. Aerzte 1877. No. 1. p. 6.)

Wie bei den Operationen der zweiten Serie hat K. auch bei diesen 5 Ovariotomien mit Erfolg die Lister'sche Behandlung angewendet, wobei nur, entgegen Lister's Vorschriften, eine einprocentige Carbollösung für den Spray angewendet wurde. Die Erscheinungen von Carbolintoxication, namentlich das hartnäckige Erbrechen waren die Veranlassung zur Wahl einer schwachen Lösung. 4 Mal wurde die Klammer angelegt und ein Mal nach Anlegung des Köberle'schen Serre-noeud der Stiel bis in das Niveau der Rückfläche der vorderen Bauchwand versenkt. Durch Aetzung des Stielrestes mit concentrirter Carbolsäure wurde in allen 5 Fällen ein trockener Schorf gebildet.

Im ersten Falle, dem einzigen Todesfalle, handelte es sich um Dermoidcystome beider Ovarien, die unter lebhaften Schmerzen in drei Monaten links zu Kopf- rechts zu Hühnereigrösse angewachsen waren und Haarbüschel, Zähne und Talgdrüsen enthielten. Der linksseitige Tumor sass zwischen Uterus und Symphyse breit auf und war dort zu einer markigen Carcinommasse entartet, deren Ablösung unter Anlegung vieler Ligaturen mit dem Messer vorgenommen wurde. Die beim Ablösen des Carcinoms verwundete Blase wurde mit Catgut exact genäht. Nach mühsamer Entwickelung der grossen Geschwulst wurde an deren Stiel sowie an den des rechtsseitigen Tumors die Klammer gelegt. Am Abend nach der Operation folgten die ersten Zeichen von Peritonitis und nach 24 Stunden der Tod. Bei der Section fand sich, von der Ablösungsstelle des linken Tumors ausgehend, eine eitrige Infiltration der Subserosa bis zu den Leisten und der hinteren Bauchwand bis zu den Nieren. In ähnlichen Fällen würde K. eine so ausgedehnte, mit dem Peritoneum in Contact kommende Wundfläche mit einer starken Zinkchloridlösung ätzen.

Im zweiten Falle wurde das rechte Ovarium entfernt und eine Cyste des linken incidirt. Unter leichtem Fieber bildete sich in den ersten 8 Tagen eine Infiltration zwischen Uterus und Blase und nach 14 Tagen erfolgte eine spontane Perforation in die Scheide. Nach wieder 14 Tagen war der Ausfluss versiegt und 5 Wochen nach der Operation wurde die Kranke geheilt entlassen.

Die dritte Patientin hatte seit 3 Monaten eine auffällige Zunahme des Leibes bemerkt und vor 14 Tagen einen Anfall von circumscrip-

ter Peritonitis durchgemacht. Die Cyste war in $^2/_3$ ihres Umfanges durch frische Adhärenzen mit der Bauchwand verklebt. Die Peritonitis war die Folge des Berstens einer fünffrankenstückgrossen Tochtercyste, in deren Grund sich bei der Operation die dem Platzen nahe Wand der Hauptcyste hernienartig hervorstülpte. Wegen Kürze des Stieles wurde hier der Köberle'sche Serre-noeud angelegt. Im weiteren Verlaufe fehlten alle Krankheitserscheinungen, dagegen dauerte die Eiterung am Stumpfe des Stieles eher länger als in den Fällen, in denen die Klammer angelegt wurde.

Im vierten Falle wurde ein multiples Cystom mit langem Stiel und ohne Adhärenzen entfernt; Patientin heilte ohne einen Tag Fieber zu haben und konnte vor Ablauf von 4 Wochen das Bett verlassen.

Die fünfte Kranke hatte bei den Menses zwei Mal heftige peritonitische Anfälle überstanden und war zur Zeit der Operation bedeutend heruntergekommen. 3 Tage vor der Ovariotomie wurde eine Punction in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse mittelst eines Saugapparates unternommen und 11 Schoppen einer paralbuminreichen Flüssigkeit entleert. Der Tumor ging hierauf auf Nabelhöhe zurück, was durch Percussion, nicht aber durch Palpation nachgewiesen werden konnte und zur Annahme grosser Adhärenzen Anlass gab. Bei der Operation fanden sich diese in grosser Ausdehnung oberhalb des Nabels und mussten unter ziemlicher Blutung mit Gewalt gelöst werden. Durch die noch klaffende Stichöffnung der Cyste hatte sich nach der Punction Flüssigkeit in den unteren Theil der Bauchhöhle ergossen und zu zahlreichen frischen, leicht ablösbaren Verklebungen geführt. Der Umstand, dass trotz Fixirung der Cyste durch alte Adhäsionen und trotz ruhiger Lage der Patientin Cysteninhalt ausgeflossen war, und dass nach 3 Tagen die Punctionsstelle noch offen gefunden wurde, bestimmen K. zu dem Rathe, sich beim Uebernehmen der Behandlung eines Ovarialcystoms von vornherein klar zu machen, ob man Punctionen vornehmen und bei dieser Behandlung bleiben oder ob man sich der Radicaloperation zuwenden wolle. Im letzteren Falle hält er Punctionen, selbst in diagnostischem Interesse unternommen, für nicht indicirt, da die dadurch entstehenden Adhäsionen die Operation in hohem Grade erschweren.

Während K. von seinen 5 ersten Patientinnen 3 verlor, starben von den 10 zuletzt operirten nur 2 (wovon die eine mit zur Zeit der Operation verjauchender Cyste und in beginnender septischer Infection, die andere der oben beschriebene erste Fall). Bei den 5 ersten Operationen wurde auf minutiöse Reinlichkeit gesehen, bei den 10 letzten ausserdem nach Lister verfahren. Es besteht demnach ein grosser Unterschied zwischen den Resultaten dieser beiden Methoden zu Gunsten der Lister'schen Behandlung. Durch diese ist die Ovariotomie zu einer Operation geworden, die um Nichts gefährlicher ist — zumal in frühen Stadien — als die Exstirpation irgend einer gutartigen, grösseren Geschwulst an der Körperoberfläche. **Oeri** (Basel).

19. Atlee. Adhäsionen von Ovariencysten in der Beckenhöhle.

(Amer. Journ. of med. scienc. 1877. Januar. No. CXLV. p. 131.)

Nur selten sind die Ovarialtumoren tief unten in der Beckenhöhle stark fixirt. In den wenigen bekannten Fällen war meist die Cyste nicht ganz zu entfernen, und dadurch wurde die Prognose getrübt. Der Verf. fand in seinem Falle die Cyste oben frei, unten aber mit Blase, Uterus und Rectum so verwachsen, dass eine Abtrennung unmöglich war. Die Cyste wurde möglichst weit hervorgezogen in eine Klammer gelegt, dann an die Wunde angenäht und theilweise abgeschnitten. Die Höhle behandelte der Verf. mit desinficirenden Ausspülungen. Der Fall endete günstig. Deshalb wird gerathen ähnlich zu verfahren, d. h. soviel als möglich herausziehen, dann sorgfältig mit der Hautwunde zu vereinigen, und den extrahirten Theil abzuschneiden. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

20. Der anticipirte Climax durch Exstirpation der Ovarien bei Fibromyomen des Uterus.

(Mittheilung aus der gynäkologischen Klinik in Freiburg i/Br. von Dr. Karl Stahl, Assistent der dortigen Anstalt. — Freiburg i/Br. Chr. Lehmann.)

Verf. theilt aus der Hegar'schen Klinik zwei Fälle mit, wo Hegar, in der Absicht eine gefahrlosere Operation als eine Hysterotomie, die doch keine Chancen bietet, zugleich aber eine nutzbringende zu finden, die Eierstöcke herausnimmt, um auf diese Weise symptomatisch durch Hervorrufung der Menopause Hülfe zu schaffen.

1. Fall. Patientin leidet seit 7 — 8 Jahren an heftigen Menorrhagien in Folge eines Uterusfibroids. Dieselben waren durch die gewöhnlichen Mittel nutzlos bekämpft worden, durch Intrauterininjectionen entstand eine Endometritis, welche Patientin noch mehr herunterbrachte. Bei der Operation (2. August 1876) fand sich eine kindskopfgrosse Geschwulst vom Cervix ausgehend, die vordere Wand desselben überdachend, wenig beweglich. Durch Rotation des Tumors kommt das linke Ovarium in die Bauchwunde, wird mit Seidefäden abgebunden. Das rechte wird in der Bauchhöhle aufgesucht und abgebunden. Schluss der Bauchwunde mit Nähten.

Es folgt heftiger Schmerz, durch Eisblase gebessert, Erbrechen, Temperaturerhöhung bis 38,8, geringe abendliche Steigerungen 12 Wochen lang, ebenso Schmerz im Unterleib. 2 Monate nachher findet sich geringes Exsudat in den Ligamenten. Zur Zeit der ersten Menses nach der Operation verlor Patientin eine ziemliche, gegen sonst gering zu nennende Blutmenge; beim 2. Mal nur einige Tropfen, beim 3. und 4. Mal nichts. Auch sonst hat Patientin sich erholt.

2. Fall. 41jährige Patientin, hat früher eine unregelmässige, seit Frühjahr 1876 eine zu starke und zu häufig wiederkehrende Menstruation gehabt, seit Sommer 1875 Anschwellung des Leibes. In diesem findet sich eine Geschwulst 3 Finger unter den Nabel rei-

chend, wenig beweglich, wahrscheinlich am Mutterhals sitzend. Nachdem subcutane Ergotininjectionen und intrauterine Einspritzungen sich wirkungslos gezeigt, wurde zur Operation geschritten. Der Tumor wird vor die Bauchwunde vorgewälzt, der rechte, dann der linke Eierstock abgebunden, das Fibrom reponirt und dann die Bauchwunde geschlossen. Eisblase. Es folgt eine Peritonitis mit hohem Fieber, Exsudation in der rechten Leistengegend, Eiterentleerung am 12. Tag durch einen Stichcanal, am 14. Tag durch den Stuhl, und so noch einige Male. 6 Wochen nach der Operation hörte das Fieber auf. Zeit der Menses seither 3 Mal dagewesen, nur beim 1. Mal Abgang von einigen Tropfen Blut.

Beide Operirte klagen seither über Erscheinungen, wie sie sonst Frauen der climacterischen Periode eigen sind.

Bei der Wichtigkeit der neuen Operation ist von Hegar eine ausführliche Arbeit über die Indicationen, Technik u. s. w. zu erwarten. **Fehling** (Stuttgart).

---

21. **H. Löhlein.** Ueber spontane Rückbildung von Fibromyomen nach der Entbindung.

(Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäk. 1877. Bd. I. Hft. 1.)

Verf. weist auf den Werth sicherer Beobachtungen von spontaner Verkleinerung von Fibromyomen im Wochenbett hin, besonders mit Berücksichtigung der Frage nach der Wirkung der Hildebrandt'schen Ergotininjectionen.

1. Bei einer 33jährigen I. par. war schon in der Schwangerschaft ein bedeutender Tumor gefunden. Entbindung günstig. Nach 10 Monaten liess sich eine Verkleinerung des Tumors um 6 Ctm. nachweisen; nach $1^1/_2$ Jahren findet man nichts mehr vom Tumor. Doch wird er in der 2. Gravidität wieder mannsfaustgross, ist 9 Wochen danach aber nur noch hühnereigross.

2. Bei Gelegenheit der Entfernung von Chorionresten findet man am Fundus und der hintern Wand des Uterus wallnussgrosse interstitielle Fibroide, die 5 Wochen danach nicht mehr deutlich sind.

3. Bei der Entbindung einer zum 17. Mal Schwangeren fanden sich mehrere Fibrome, das grösste kleinapfelgross an der vordern Wand. 11 Wochen danach findet man keinen Tumor mehr.

Besonders werthvoll ist der erste Fall, wo der Tumor in der ersten und zweiten Schwangerschaft constatirt wurde. Sein Schwund war möglich durch Bestehen aus reichlichen Muskelelementen und breiten Zusammenhang mit der Gebärmutter. **Fehling** (Stuttgart).

---

22. **Schröder.** Das Adenom des Uterus.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1877. Bd. I. Hft. 1. p. 189.)

Auf der Uterusschleimhaut kommen zwei Arten von wirklichen Adenomen vor: das Adenoma diffusum, diffuse Schleimhautwucherungen mit stärkerer Betheiligung der Drüsen, und das Adenoma poly-

posum: Polypen, die im Wesentlichen aus normalen und cystisch degenerirten Drüsen bestehen.

Für die erste Gattung führt S. 2 Beispiele an, in denen die Schleimhautwucherungen nach der Erweiterung des Cervix mit dem scharfen Löffel ausgekratzt wurden und danach Eisenchlorid in die Uterushöhle injicirt wurde. Der weitere Verlauf war günstig.

Derartige Fälle erscheinen in Form der von Olshausen geschilderten Endometritis fungosa. Diagnostisch wichtig ist, dass sich bei ihnen der ganze Cervicalcanal erheblich erweitert, während der innere Muttermund fest geschlossen bleibt und sich nur mit einem feinen Laminariakegel oder -Bougie erweitern lässt.

Für die polypöse Form erwähnt S. ebenfalls 2 Fälle mit andauernden profusen Blutungen, in denen Polypen von der Grösse einer Kinderfaust, resp. eines kleinen Fingers, ausgehend von der Körperschleimhaut, mit Ecraseur oder Kornzange entfernt wurden. In dem einen Falle war der Tumor ein reines Adenom; in dem andern zeigte der verästelte Stiel, der die normalen und cystös degenerirten Drüsen trägt, die Bestandtheile des Uterusparenchyms. Bemerkenswerth ist, dass die polypösen Formen bei älteren Frauen vorkamen, die nie geboren hatten, während die diffusen hyperplastischen Wucherungen bei Nulliparen wie bei Vielgebärenden angetroffen wurden. **Leopold** (Leipzig).

---

23. **J. Clay.** Ueber Uterussarcom.

(The Lancet 1877. Januar 6. u. 13.)

Sarcom des Uterus kommt in 2 Formen vor. Bei der einen entsteht nach Massgabe der Grössenzunahme ein umschriebener Tumor, er besteht der mikroskopischen Untersuchung gemäss hauptsächlich aus Spindelzellen, die andre Form ist diffus, hierbei wiegen Rundzellen vor. Die 7 berichteten Fälle gehören alle der letztern Klasse an. Die dargebotenen Symptome waren ziemlich gleich: Blutungen, wässriger Ausfluss, Schmerzen. 6 Patientinnen waren verheirathet, standen zwischen 32 und 41 Jahren, alle hatten Kinder geboren, 3—9 an Zahl. Die 7. war eine 52jährige Jungfrau. Die Gebärmutter war in allen Fällen vergrössert, der Muttermund fand sich bei der Vaginaluntersuchung weich, dick und offenstehend, leicht den Finger einlassend.

Die Uterushöhle zeigte sich verlängert mit stellenweise verdickten Wänden, diese letzteren waren innen mit erbsen- bis haselnussgrossen Auswüchsen bedeckt. In einem Fall schien die Unebenheit der innern Oberfläche die ganze Höhle zu betreffen. Die Gebärmutter war beweglich, in 2 Fällen aber retrovertirt und gab Anlass zu Urinbeschwerden.

Die Behandlung bestand in Entfernung der Knötchen mit einer Sims'schen Curette. In allen Fällen wiederholte sich das Leiden nach verschieden langer Zeit, von 2—14 Monaten. 5 Pat. waren

in Folge der Blutungen und der Erschöpfung gestorben, bei den 2 noch lebenden machte sich ein Recidiv bemerklich.

In keinem Fall war eine Autopsie bewilligt worden. Die entfernten Knötchen zeigten stets ein ähnliches Aussehen, grau-weiss, blutreich, hornähnlich. Auf die Operation folgte gewöhnlich Blutung, welche Einspritzungen von Eisenchlorid erforderte, doch konnten die Patientinnen 1 Woche darauf das Spital verlassen. Die meisten Patientinnen stammten vom Lande, wohlentwickelte Frauen, ihre Hauptklage war gewöhnlich der Blutverlust. Beim diffusen Sarcom findet sich stets Blutung, während dies bei der andern Form nicht immer der Fall ist. Nie war der Ausfluss übelriechend. Was die Quelle der Blutung betrifft, so leitet sie Verf. von einer allgemeinen Hyperämie der Gebärmutterschleimhaut ab, analog der bei einem Schleimpolypen. Die vollständige Abwesenheit von Schmerzen betrachtet Verf. als ein wichtiges Symptom des Leidens und als ein nützliches Zeichen für die Diagnose. Verwechslung kann stattfinden mit Krebs des Uteruskörpers und chronischer hyperplastischer Endometritis. Der einzig sichere Weg zur Entscheidung ist eine Digitaluntersuchung der Innenfläche des Uterus und Entfernung eines Knötchens zum Zweck der makro- und mikroskopischen Untersuchung. Begünstigt wird die Untersuchung beim diffussen Sarcom durch das oben erwähnte Offenstehen des Muttermunds. **Underhill** (Edinburg).

---

24. **Lehmann.** Beitrag zu der Amputatio colli uteri.

(Nederl. Tijdschrift voor Geneesk 1877. No. 7.)

Verf. beschreibt einen Fall von hochgradigem Prolapsus und Elongatio Uteri (die Länge vom Ost. ext. bis zum Fundus betrug 16 Ctm.) mit Vorfall der vorderen Vaginalwand und Cystocele, wo trotz eines geeigneten Pessars der Uterus nicht zurückgehalten werden konnte. Verf. entfernte mit gutem Erfolg ein Stück der Pars infravaginalis von 3 Ctm. Länge mittelst der Glühschlinge. Die Operation ging ohne Schmerzen und ohne ein Tropfen Blutverlust vor sich. Die Heilung folgte sehr rasch ohne Reaction und mit wenig Eiterung. Verf. zieht den Gebrauch der Glühschlinge dem des Drahtecraseurs vor, weil, wenn die Portio aus sehr festem Gewebe bestehe, es oft nicht gelinge dieselbe ganz abzuquetschen und man dann, mit Messer oder Scheere nachhelfen müsse, in welchem Falle Blutung nicht zu vermeiden sei. Weiter bespricht er andere Methoden und zuletzt die kegelmantelförmige Excision, ohne Neues darüber beizubringen. **Simon Thomas** (Alkmaar, Holland).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S., an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Erster Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 10 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 2. **Sonnabend, den 14. April.** **1877.**

Inhalt: I. **Ruge** und **Veit**, Erosionen des Scheidentheils. (Vorläufige Mittheilung.) — 1. **Leopold**, Uterusschleimhaut. — 2. **Wachs**, 3. **Young**, Menstruatio praecox. — 4. **Schücking**, Physiologie der Nachgeburtsperiode. — 5. **Küstner**, Adenoma umbilici. — 6. **Duncan**, 7. **Gery**, Nabelschnur. — 8. **Thorpe**, 9. **Pearce**, 10. **Underhill**, Mehrfache Geburten. — 11. **Hergott**, Spondylizema. — 12. **Simpson**, Bericht über Philadelphia. — 13. **Laroyenne**, Pleuritis und Peritonitis. — 14. **Butlin**, Brustcarcinom. — 15. **Koeberlé**, Gastrotomie. — 16. **Anway**, Fisteloperation. — 17. **Rae**, Abdominalverletzung. — 18. **Galezowsky**, 19. **Seeligmüller**, 20. **Magnan**, Hysterie. — 21. **Garnier**, Ileus. — 22. **Paschkis**, Hymen columnatus. — 23. **Ahlfeld**, Missbildung. — 24. **Mussy**, Keuchhusten.

I. Anatomische Bedeutung der Erosionen am Scheidentheil.

Von

Dr. **C. Ruge** und Dr. **J. Veit**,

Assistenten an der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik in Berlin.

Der Mangel genauer anatomischer Untersuchungen über gutartige Veränderungen an der Portio vaginalis hat uns veranlasst, eine Art von »Erosionen« zu betrachten, die sich zwar nicht genau in die Terminologie von Carl Mayer*) einreihen lassen, vielmehr sich zum Theil als »folliculäre Excoriation und Ulceration«, zum Theil als »papilläre Erosion« kennzeichnen, aber doch als Mischform sehr häufig sind. Sie fühlen sich eigenthümlich schwammig und wulstig an, zeichnen sich im Speculum durch ihre hochrothe Farbe aus. Ihre

*) C. Mayer, Klinische Mittheilungen aus dem Gebiet der Gynäkologie Heft I. Berlin 1861.

ganze Fläche scheint dem blossen Auge bedeckt zu sein mit mehr oder weniger grossen flachkörnigen Hervorragungen; zahlreiche Zerklüftungen sind oft zwischen diesen gerötheten Stellen sichtbar; sie neigen zu Blutungen, die sich vollständig als capillare charakterisiren. Sie gehen meist aus von der Umgebung des äusseren Muttermundes, kommen aber gelegentlich auch excentrisch vor. Von der evertirten Cervicalschleimhaut sind sie leicht zu unterscheiden. Zur genauen Feststellung der Kategorie, zu der man sie rechnen müsse, haben wir die Vaginalportionen an der Lebenden gezeichnet und nach der Amputation oder nach Exision grösserer Stücke sie anatomisch untersucht. Unsere Resultate weichen von den bisherigen Beschreibungen erheblich ab. — Die ganze »erodirte« Stelle ist die freie Oberfläche einer Neubildung von drüsigem Gewebe an der normaler Weise ja drüsenlosen Portio; sie ist besetzt mit einem einschichtigen Cylinderepithel das am Rand oft scharf in das mehrschichtige Plattenepithel des normal gebliebenen Theiles der Portio übergeht. Gleichzeitig bilden sich zahlreiche Einsenkungen in das Gewebe, die an einzelnen Stellen noch solide, bald hohl werden und sich schliesslich als drüsige Schläuche darstellen, die tief in das Gewebe hineingehend sich dort mehrfach verzweigen und oft mit benachbarten communiciren. Von letzteren gehen halb abgeschnürt rundliche Gebilde aus, deren Innenwand bedeckt ist mit ganz feinen papillären Erhabenheiten; an anderen Stellen sind diese ohne nachweisbaren Zusammenhang mit drüsigen Ausführungsgängen (Follikelbildung). Mehrfach fanden wir ein vollständig spongiöses Drüsensystem. Die grösseren Drüsenschläuche liegen in der Submucosa, doch setzen selbst Muskelfasern ihrer weitern Ausbreitung kein Hinderniss entgegen. An vielen Stellen kommt es zu so massenhaften Anhäufungen, dass alles normale Gewebe ganz verdrängt erscheint.

Alle diese Einsenkungen und Abschnürungen haben ein Cylinderepithel, das dem oberflächlichen ziemlich ähnlich ist, wenn auch einzelne Unterschiede obwalten. Das Zwischengewebe ist ein mit sehr zahlreichen Capillarschlingen durchzogenes junges Bindegewebe. Eigenthümlicher Weise fanden wir mehrfach wirkliche Drüsenlumina ebensowohl wie die follikelartigen Bildungen auch an Stellen, wo die Portio vaginalis oberflächlich von ihrem normalen Epithel bedeckt war und wo selbst die Papillen keine Veränderung zeigten.

Ihre Entstehung verdanken sie höchst wahrscheinlich den kleinen Crypten, die mit Cylinderepithel bekleidet im Cervicalcanal, aber doch sparsam, vorkommen, dadurch, dass dieselben in die Tiefe hineinwuchernd schliesslich von Innen heraus das Epithel der Portio auseinanderdrängen. Möglicherweise entstehen sie zum Theil mitten im Bindegewebe des Scheidentheils, zu welcher Annahme uns mehrere mikroskopische Bilder Anlass geben.

Dieses drüsige Gewebe an der Portio muss entschieden für heterolog erklärt werden und diese anatomische Charakterisirung bestätigt sich auch durch die Erfahrung, dass sie zu Recidiven neigen und end-

lich durch den Zusammenhang mit Carcinom. Wir sahen letzteres aus den neugebildeten Drüsen entstehen und gelang es uns mehrfach directe Uebergänge nachzuweisen. Eine ausführliche Mittheilung über diesen Gegenstand werden wir im zweiten Bande der Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie veröffentlichen.

---

1. **Leopold.** Studien über die Uterusschleimhaut während Menstruation, Schwangerschaft und Wochenbett.

(Arch. f. Gynäkologie XI. p. 110.)

Die Uterusschleimhaut und die Menstruation. L. giebt einen anatomischen Beitrag zur Lehre von der Menstruation nach eigenen Untersuchungen in Zusammenstellung mit denen anderer Autoren. Bei der Gewissenhaftigkeit, mit der Verf. sein Material gesichtet hat, bleibt nur verhältnissmässig wenig verwendbares übrig; nicht zu gebrauchen sind die Genitalien aller derer, welche an Krankheiten, die die Menstruation nach irgend welcher Seite hin beeinflussen, gestorben sind (Typhus, Variola, lange dauernde Krankheiten). Ferner wird die unmittelbare Verwendung und Deutung selbst dieser Auswahl von Beobachtungen modificirt durch die ausserordentlich grosse Schwankungsbreite der Verschiedenheit der Uterusschleimhaut, welche von Alter, Constitution etc. abhängig ist. L. giebt eine detaillirte Beschreibung einer fortlaufenden Reihe theils eigener theils fremder Genitalbefunde vom ersten Tage der Menstruation bis zum zehnten Tage danach. Zwischen diesem und dem achtzehnten giebt es keine verwerthbare Beobachtung. Von hier reicht die zweite Reihe bis zum sechsundzwanzigsten Tage, etwa zwei Tage vor der nächsten Menstruation.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sind in der Kürze: Die Uterusschleimhaut schwillt von einer Menstruation bis zur anderen von der Dicke von 2—3 Mm. bis auf 6—7 Mm. an, um mit der Blutung dann wieder auf den ersten Dickendurchmesser zurückzusinken. Dieser Anschwellung entspricht ein Oedem derselben, ein Weiterauseinanderrücken der Zellen der Schleimhaut, ein Weiterwerden der Lymphräume, eine Verlängerung und Verbreiterung der Drüsen.

Entgegen der bisher herrschenden Ansicht von Kundrat und Engelmann, dass die menstruelle Blutung durch Abstossung fettig degenerirter Schleimhaut erfolge, ist L. der Ueberzeugung, gestützt auf seine Präparate, auf die eigenthümlichen Gefässverhältnisse der Uterusschleimhaut, dass die menstruelle Blutung eine rein capilläre sei, dass zunächst in den obersten Schichten der Schleimhaut eine Stauungshyperämie — durch die ovarielle Hyperämie veranlasst — mit Austritt von Blutkörperchen in die Schleimhaut stattfinde, dadurch die oberste Schleimhautschicht (Epithel und oberste Zellenlage) unterminirt und schliesslich abgehoben werde und so erst die Blutung

nach Aussen zu Stande komme. Da normaliter sehr wenig von der Schleimhaut exfoliirt wird, so regenerirt sich dieselbe vermuthlich sehr rasch wieder — in einem Tage. — Dass die Regeneration, wie Williams will, vom inneren Muttermunde über die ganze Innenfläche des Uterus fortschreite, hat L. keinen Grund anzunehmen. —

Zu der Frage ob Ovulation und Menstruation mit einander causal zusammenhängen, kann L. durch seine Beobachtungen die der früherer Beobachter stützen (Williams, Reichert): dass nämlich das Platzen des Graaf'schen Follikels kurze Zeit vor Beginn der menstruellen Blutung fällt. Ist dieser Vorgang der regelmässige, dann passt dazu die neue Befruchtungstheorie, nach der das Ei der ersten ausbleibenden Periode das befruchtete wird, sehr gut. Selbst Thatsachen, dass kurz nach Ablauf einer Menstruation nur ein Coitus geübt worden und danach Befruchtung eingetreten ist, sprechen nicht dagegen, denn die Persistenz der Functionsfähigkeit der Samenfäden während eines mehrwöchentlichen Aufenthaltes im Uterus ist erwiesen. Ganz ohne anatomische Basis ist bisher noch die Ansicht, dass auch in der intermenstruellen Zeit Follikel bersten und befruchtet werden können. **Küstner** (Halle).

---

2. **O. Wachs.** Ein Fall von vorzeitiger Menstruation bei einem 3jährigen Kinde etc.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. I. Hft. 1. p. 173.)

Verf. berichtet einen Fall von frühzeitiger regelmässiger 3 — 4 wöchentlicher Blutausscheidung aus den Genitalien eines $2^1/_2$ jährigen Kindes. Dasselbe war verhältnissmässig zu früh entwickelt: Busenbildung, geringe Behaarung der Geschlechtstheile. Beobachtungszeit 1 Jahr. Im Anschluss daran führt Verf. die bekannten Fälle von sog. Menstruatio praecox auf. Dieselbe tritt meist zwischen 1. — 7. Jahr auf, selten erst kurz vor der Normalzeit. Im vorliegenden Fall fehlt, wie überhaupt, der Sectionsbefund völlig, die pathologisch-anatomische Deutung daher unmöglich.

Eine geringe Abweichung im Schädelbau des Kindes ist wohl mehr zufällig.

3. **James Young.** Menstruatio praecox.

(Edinb. med. Journ. CCLX. 1877. Febr. p. 758.)

Verf. sah ein Mädchen, welches vom 7. Jahre an regelmässig menstruirt war. Ihre Mutter bekam die Menstruation im 11. Jahre. **Fehling** (Stuttgart).

---

4. **A. Schücking.** Zur Physiologie der Nachgeburtsperiode; Untersuchungen über den Placentarkreislauf nach der Geburt des Kindes.

(Berl. klin. Wochenschrift 1877. No. 1 u. 2.)

An einer Reihe von ihm in der Klinik angestellten Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Resultaten: die Ansicht, dass nach der Geburt jede physiologische Verbindung zwischen Kind und Placenta aufhört ist falsch; es wird vielmehr fast sämmtliches Blut der Fötalplacenta dem Kinde noch zugeführt und zwar vorzugsweise durch den intrauterinen Druck, der schon in den letzten Stadien der Geburt das Blut aus den Placentargefässen exprimirt; eine ganz untergeordnete Rolle spielen dabei die fötalen Circulationsverhältnisse und die eingetretene Respiration des Kindes. Die Menge dieses Blutquantums, das Verf. »Reserveblut« nennt, schwankte in seinen Untersuchungen zwischen 70 und 150 Grm., die Geschwindigkeit der Uebertragung je nach den Druckverhältnissen zwischen einer und mehreren Minuten.

Verf. zieht hieraus besonders zwei Consequenzen für die Praxis.

1) Zur Behandlung der Nachgeburtsperiode: die Abnabelung des Kindes darf nicht sofort nach der Geburt geschehen, will man ihm nicht etwa die Hälfte seines Blutes entziehen und so das Kind vollständig widerstandslos gegen alle Gefahren machen. (Verf. macht hierbei auf die Pulsverlangsamung — bis auf 90 — der spät abgenabelten Kinder aufmerksam und regt die Frage an, ob nicht die Fälle von fötaler Pulsverlangsamung während der Wehen, selbstverständlich nach dem Blasensprung, zum grössten Theil auf die durch Auspressung der Placenta zum Kinde hin bewirkte fötale Blutdrucksteigerung zu beziehen seien.)

Bei Blutungen, die eine sofortige Entfernung der Placenta erfordern, soll man dieselbe vornehmen und dann das Reserveblut manuell zu dem Kinde hin exprimiren.

2) Zur Behandlung der Asphyxie des Neugeborenen.

Die Behandlung der Asphyxie des Neugeborenen nach Schultze beruht auf der Anschauung von der grossen Gefahr der Ueberfüllung des Herzens mit Blut, dessen Entlastung man unter allen Umständen bewirken müsse.

Verf. tritt dieser Anschauung energisch entgegen, indem er einestheils auf die entgegengesetzten Resultate der physiologischen Experimente (Ponfik) hinweist, anderentheils auseinandersetzt, dass ganz theoretisch betrachtet die Verhältnisse durchaus andere sind.

Mit dem ersten Athemzug strömt das Blut in Folge des negativen Druckes nach dem Thoraxraum; die verminderte Füllung der extrathoracalen Gefässe wird normaler Weise durch das Reserveblut ausgeglichen.

Wird dagegen das Kind sofort abgenabelt und ihm gar noch eine Quantität Blut durch Aderlass entzogen, so kann diese Ausgleichung

nicht stattfinden; die in solchen Fällen ohnedies blutarme Medulla wird mit jedem Athemzug anämischer, und ihre Erregbarkeit immer tiefer herabgesetzt, die Pausen, in denen sie eine Respiration auszulösen im Stande ist, immer grösser, die Athemzüge immer flacher, bis endlich das Kind abstirbt.

Man soll also auch asphyktische Kinder nicht sofort abnabeln; und während die Verbindung zwischen Kind und Placenta noch besteht künstliche Respiration einleiten, durch Aufheben und Andrücken der Arme an den Thorax, welches Verfahren dann später Hautreize wirksam ersetzen können. **Schellenberg** (Leipzig).

---

5. **O. Küstner.** Das Adenom und die Granulationsgeschwulst am Nabel des Kindes.

(Virch. Arch. LXIX.)

Verf. untersuchte 10 Fungi umbilicales, davon waren 7 reine Granulationsgeschwülste, was bis jetzt allgemein von allen »Nabelschwämmen« angenommen wurde; ein Tumor war zur Hälfte mit Epidermis bekleidet und 2 zeigten die auffallende und interessante Beschaffenheit eines Adenoms, wie Verf. wohl berechtigt ist diese Geschwülste zu nennen, da sie zum grössten Theil aus Drüsen bestehen. Der erste der beiden letzteren war erbsengross und stammte von einem 3 monatlichen Kinde. Bei der Abtragung spritzte eine kleine Arterie, so dass sie torquirt werden musste. Schon makroskopisch war eine radiäre Streifung zu erkennen, diese Streifen stellten sich als tubulöse Drüsen mit Cylinderepithel ausgekleidet dar. Der centrale Theil des Tumors besteht aus einer vollkommenen Tunica muscularis, in welcher man mehrere klaffende Gefässlumina sieht. Das Oberflächenepithel ist nicht gut zu erkennen. Beim zweiten, ebenso beschaffnen Tumor, stehen die Drüsen zahlreicher und sind schmaler und kürzer. In dem Epithel der grösseren Drüsen kommen Becherzellen vor. Die Oberfläche der Drüsen hat allo eine täuschende Aehnlichkeit mit der Dickdarminnenfläche.

In seinen Auseinandersetzungen kommt Verf. zu dem Resultat, dass diese Adenome vielleicht vom Ductus omphalo-entericus abstammen. Lässt sich auch diese Frage nicht endgültig entscheiden, so ist doch durch die Entdeckung Küstner's das interessante Factum gegeben, dass zwei ganz verschiedene Geschwülste — Adenome und Granulome, bisher unter dem einen Namen „Fungus umbil." abgehandelt wurden. (Waldeyer hat ähnliche Bildungen bei älteren Kindern gesehen und mit dem Namen Enteroteratom belegt. Ref.) Eine Tafel Abbildungen erläutert die beschriebenen Verhältnisse.

Fritsch (Halle a/S.).

---

6. **Matthews Duncan.** Torsion der Nabelschnur.

(Edinb. med. Journ. CCLIX. 1877. Jan. p. 649, u. Simpson: ibid. CCLX. Febr. p. 673.)

Verf. theilte in der Obst. soc. of Edinb. folgenden Fall mit. L. S. 20 Jahr alt, unverheirathet, giebt an, dass im 6. Monat der Schwan-

gerschaft die Kindsbewegungen aufhörten. Eine Woche danach wird ein todter Fötus in Steisslage geboren. Der Nabelstrang ist vom Nabelring an $^1/_4$ Zoll lang atrophisch, gedreht und sehr dünn, die Gefässe sind normal, der Rest des Nabelstrangs zeigt keine Zusammendrehungen. In der Umgebung des Nabelringes konnte man noch eine Entzündung der Haut nachweisen. Duncan kann die Torsion nicht als Grund der Atrophie und der Obliteration betrachten, sondern sieht in der Atrophie die Hauptsache.

In der Discussion bemerkt Keiller, dass er in der Torsion nicht den Grund des Todes sehe. Er empfiehlt stets die zusammengedrehte Stelle anatomisch zu untersuchen. Simpson hält die Länge des Nabelstrangs für wichtig. In Fällen von wahrer Torsion war der Nabelstrang stets über den Durchschnitt lang. In der nächsten Nummer des citirten Journals theilt Simpson folgenden Fall mit: Frau von 20 Jahren, hat im 15. Jahr das erste Kind geboren, dasselbe lebte. Danach litt Patientin ein Jahr an Beckenschmerzen und Leucorrhoe. Letzte Menstruation am 10. März; Patientin wurde am 8. Dec. ins Spital aufgenommen. Seit 14 Tagen werden keine Kindsbewegungen mehr gefühlt. Blutung, eine Hand liegt vor, hypodermatische Ergotininjection, Blasensprung, viel Fruchtwasser, nunmehr liegt ein Fuss vor, an welchem ein Kind mit Hasenscharte und Wolfsrachen extrahirt wird. Das macerirte Kind wiegt nebst Placenta $3^1/_2$ Pfund. Der Nabelstrang zeigt eine excessive Anzahl von Torsionen, ist nirgends gezerrt und doch $18^1/_2$″ lang.

Fritsch (Halle a/S.).

---

7. **Gery.** Nabelschnurknoten. Unterbrechung der Circulation. Tod des Fötus.

(Med. Gesellschaft zu Paris 1876. Nov.)

Echte Knoten finden sich nach Chantreuil einmal unter 1000 Fällen. Gardien erklärt es für unmöglich, dass ein Kind während der Schwangerschaft an zu fester Schnürung des Knotens sterbe. Verf. bringt einen fremden und einen eigenen Fall:

1) Aufhören der Kindesbewegungen mit $6^1/_2$ Monat; 4 Wochen danach wird ein macerirter Fötus geboren; echter Nabelschnurknoten, der Strang an den Schnürpuncten auf $^1/_5$ verdünnt.

2) Fehlgeburt im 7. Monat, Kind todt, 1 Woche zuvor Herztöne noch deutlich, echter Knoten, Nabelschnur 3mal so stark als sonst, in der Placenta apoplektische Herde. Nach Angabe der Frau war der Tod 16—17 Tage vorher eingetreten.

Diese 2 Fälle beweisen dem Verf. die von Manchen noch angezweifelte Thatsache des intrauterinen Absterbens bei wahren Knoten.

Fehling (Stuttgart).

8, 9. **H. H. Thorpe.** Geburt von Vierlingen und **J. F. Pearce.** Geburt von Fünflingen.

(Med. News a. Library Philad. 1876. Nov.)

Die zwei ersten Kinder wurden in Kopf-, das dritte in Steiss- und das vierte wieder in Kopflage geboren. Sie wogen 3, 2, $3^1/_2$ und 4 Pfunde. Die Nabelschnüre waren einzeln in die gemeinschaftliche Placenta inserirt, alle im Umkreise von $1^1/_2$ bis 2 Zoll. Alle Kinder waren weiblichen Geschlechts. Es waren drei Eisäcke, von denen das 2. und 3. Kind einen gemeinschaftlich besassen.

Fünf Kinder wurden einer Negerin in Mars Bluff, Süd-Carolina am 11. Sept. 1876 geboren; die Geburt war um 6 Wochen zu früh, und die Kinder wogen durchschnittlich nur $2^1/_2$ Pfund jedes. Sie starben bald nach der Geburt. Es waren zwei Nachgeburten; ein Mädchen hatte die eine, und ein Mädchen und drei Knaben die andere Nachgeburt, Jedes mit eigener Nabelschnur.

P. F. Munde (New-York).

---

10. **Underhill.** Drillingsgeburt.

(Edinb. med. Journal 1877. Febr. Bd. CCLX. p. 755.)

Der Leib der Schwangeren war colossal ausgedehnt, es bestanden Oedeme aber keine Albuminurie. Das erste Kind mit der Zange extrahirt. Nach Sprengung der zweiten Blase fliessen 3 Pints Liquor amnii ab. Dann werden zwei Kinder in Kopflage geboren, dieselben stammen wohl aus einem Ei, da sie gleiches Geschlecht haben. Die 3 Kinder wiegen zusammen 14 Pfund. Die erste Placenta ist allein, die andern zwei Placenten haben ein gemeinsames Chorion und Amnion. Das Gewicht des ganzen Uterusinhaltes wird auf 20 Pfund geschätzt. Unmittelbar post partum ist der Puls 72, Nachblutung tritt nicht ein. Einige Zeit danach entsteht plötzlich Kopfschmerz, Blindheit, der ein eklamptischer Anfall folgt Der Urin enthielt kein Albumen. Nach 24 Stunden konnte Pat. wieder sehen. Das Befinden blieb nun gut.

Fritsch (Halle a/S.).

---

11. **Hergott.** Ueber Spondylizema oder Einsinken der Wirbelsäule.

(Fortsetzung u. Schluss, cfr. Centralblatt f. Gynäkologie No. 1, p. 8.)

(Arch. de Tocologie 1877. März.)

Verf. fährt in seiner etwas langathmigen Beschreibung sämmtlicher bekannten Becken fort.

Als 3. Becken beschreibt er mit Kilian's Worten, das von diesem und Späth beschriebene Wiener Becken, und betont, dass dieses Becken, dem der 1. Kreuz-Wirbel ganz und der letzte Lendenwirbel theilweise fehlen, zu den durch Spondylizema verunstalteten Becken gehöre.

4) Das von Rokitansky beschriebene Becken, bei dem das Verhalten der Wirbelbogen Rokitansky zur Annahme einer Hydrorrachis veranlasst, rechnet Verf. ebenfalls nicht zu den eigentlichen spondylolisthetischen Becken.

5) Das Münchner Becken von Breslau beschrieben ist ein echter Fall von Spondylolisthesis. Verf. verwirft die Lambl'sche Theorie der Entstehung solcher Beckenformen durch Einschiebung eines Spaltwirbels.

6) Von dem Züricher Becken (Billeter-Breslau) giebt er ebenfalls eine ausführliche Beschreibung nebst Abbildung.

Die von Birnbaum gegebene Beschreibung des Beckens mit Ueberhebelung der Lendenwirbel von hinten nach vorn wird vom Verf. als so unklar bezeichnet, dass er sie nicht verwerthen könne.

7) wird der Fall von Olshausen und 8) der von Hartmann (Stuttgart), sämmtlich in der Monatschrift beschrieben, angeführt.

Verf. kommt nun zum Ergebniss, dass unter den 11 von Grenser als spondylolisthetisch bezeichneten Becken nur 5 diesen Namen verdienen und zwar die von Prag, Paderborn, Zürich, Halle, München, daneben stellt er dann 5 als sicher spondylizematisch, das 1. von Olshausen, das von Stoltz, Fehling und Belloc beschriebene und das Brüsseler.

An die schon abgeschlossene Arbeit reiht er nun eine vollständig wortgetreue Uebersetzung der Arbeit von Weber-Ebenhof (Vierteljahrschr. f. prakt. Heilkunde Bd. 121) über 2 neue spondylolisthetische Becken, die wir als noch in frischer Erinnerung befindlich nicht wiederholen.

Endlich giebt Verf. noch eine Beschreibung des von Depaul bei Gelegenheit der Ueberreichung der vorliegenden Arbeit an die Académie de Médecine demonstrirten Beckens. Dasselbe stammt von einer mittelgrossen Person, ist gross, hoch, sehr leicht, und zeigt in der Lumbargegend eine starke Lordose. Beckenneigung vermindert. Abgesehen vom Kreuzbein zeigen die übrigen Beckenknochen keine bedeutende Abweichung, das Kreuzbein selbst hat fast normale Form, ist kleiner als normal, von seinem 1. Wirbel sind nur Spuren, der 5. Lendenwirbel ist mit dem Rest des 1. und mit dem 2. Kreuzwirbel fest zusammengewachsen. Die Apophysen des 5. Lendenwirbels sind links rudimentär. In der Gegend der linken Symphysis sacro-iliaca zeigen sich die Ueberbleibsel eines Entzündungsprocesses am Knochen. An der hinteren Seite ist der Dornfortsatz des fehlenden 1. Kreuzwirbels deutlich. Die Beckenmaasse zeigen die eigenthümliche Veränderung des Beckeneingangs, gerader Durchmesser $12^1/_2$, querer 10.

Verf.'s Schlussresultat ist, dass durch Krankheiten der Wirbelsäule und des Kreuzbeins bei Zerstörung des Körpers, Einsinken der Wirbelsäule, Spondylizema entsteht, bei Zerstörung der Wirbelbogen, Gleiten, Spondylolisthesis.

Im erstern Fall behält der gerade Durchmesser des Eingangs seine Länge oder wird grösser, im zweiten wird er direct verkleinert.

Dass Verf., wie er in der Ueberschrift besagt, eine neue Ursache von Beckenveränderung hiermit aufgedeckt, können wir denn doch nicht zugeben, das einzig neue ist sein Name Spondylizema für die bei uns unter den kyphotischen Becken untergebrachte Abart der Spondylolisthetischen. **Fehling** (Stuttgart).

---

12. **Simpson.** Bericht über den internationalen, medicinischen Congress in Philadelphia.

(Edinb. med. Journ. 1877. Febr. Bd. CCLX.)

Es waren 4 Fragen gestellt: 1) Wie tritt der Kopf beim flachen und wie beim gleichmässig verengten Becken ein, wie wird der Beckeneingang passirt? 2) Wie sind diese Verhältnisse beim nachfolgenden Kopf? 3) Welchen Einfluss hat instrumentelle Hülfe auf den Mechanismus? 4) Ist Wendung oder Zange vortheilhafter? Diese Fragen wurden folgendermassen entschieden: Bei spontanen Geburten bei platten Becken folgt der Durchtritt des vorankommenden und nachfolgenden Hauptes denselben allgemeinen Gesetzen, die Wendung also bewirkt eine Verstärkung der Natur. Die Zange steht mit dem natürlichen Mechanismus in Antagonismus, sowohl bei frontooccipitaler als bei biparietaler Application stört die Zange die natürlichen Vorgänge, wirkt also direct gegen die Natur. — Bei spontaner oder bei künstlicher Geburt steigt beim gleichmässigen verengten Becken der Kopf in gleicher Weise herab, also verstärkt die Zange die Naturkräfte, während die Wendung störend wirkt und gegen die Natur ist. — Beim platten Becken begünstigt der Hebel den normalen Mechanismus.

Fritsch (Halle a/S.).

---

13. **M. Laroyenne.** Ueber die Häufigkeit der Pleuritis diaphragmatica als eine Folge der allgemeinen, acuten Peritonitis, nebst Discussion der Ges. f. wissenschaftl. Med. zu Lyon.

(Lyon médical Bd. XXIV. No. 1. p. 5 u. 12.)

Verf. hält die Pleuritis diaphragmatica für die regelmässige Folge der Peritonitis. Eine Complication beider Krankheiten war allerdings schon früher bekannt, wurde aber für etwas sehr Seltenes und Merkwürdiges gehalten. Auch das umgekehrte Eintreten einer Entzündung des Leber- oder des Milzüberzuges in Folge einer benachbarten Pleuritis ist beobachtet. Dies soll ein Analogon der Pelveoperitonitis sein. Während aber in allen den beschriebenen Fällen es sich um Entzündungen von längerer Dauer handelte, betreffen die Beobachtungen des Verf.'s acute puerperale Peritonitiden. Verf. konnte in einigen Fällen mit der Loupe eitrige Züge vom Peritoneum nach der Pleura hin durch das Diaphragma verfolgen. Früher habe man von

einer Entzündung sämmtlicher seröser Cavitäten in Folge von Septikämie gesprochen; in Bezug auf die Pleura handele es sich nicht um Metastase, sondern stets um continuirlich fortschreitende Entzündung vom Peritoneum aus. Die von Recklinghausen, Schweigger-Seidel und Ranvier angestellten Untersuchungen, um die Permeabilität des Diaphragma zu beweisen, sind dem Verf. bekannt. Hat auch Verf. hauptsächlich bei Puerperen die fragliche Complication studirt, so wünscht er doch zu betonen, dass auch bei allen andern universellen Peritonitiden eine Betheiligung der diaphragmatischen Pleura die Regel bildet.

In der Discussion weist Fochier darauf hin, dass auch bei Phlegmonen der Lig. lat. die Entzündung nach dem pararenalen Bindegewebe fortschreiten und so rapide zu einer Pleuritis führen kann. Tripier sah die Complication zumeist in chronischen Fällen, und schiebt das Zustandekommen der Pleuritis, abgesehen von den lymphatischen Communicationen, auf die Kachexie der betreffenden Individuen. Laure erwähnt, dass in derselben Weise bei Peritonitis auch Pericarditis entstehe. Auch andere Mitglieder der Gesellschaft bestätigen des Verf.'s Ansichten. So wurden bei Kindern complicirende Pleuritiden bei Peritonitis beobachtet. Zum Schluss theilt der Verf. mit, dass nach seinen Beobachtungen auf 10 Peritonitiden 9 Pleuritiden kommen. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

14. **H. Butlin.** Ueber die feinere Anatomie des Brustdrüsencarcinoms nach Eczem der Warzen.

(British med. Journal 1877. Januar 27. p. 106.)

Verf. legt der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft 2 Fälle vor: Erweiterung der Milchgänge, Veränderung ihres Epithels mit Sprossung, Infiltration des umgebenden Zellgewebes mit kleinen Zellen. Zwischen diesen und denen der Acini lässt sich ein deutlicher Unterschied feststellen, es finden sich keine Uebergangsformen zwischen beiden. Die Erkrankung geht von der Oberfläche der Warzen und des Warzenhofs aus. In der darauffolgenden Debatte erklären sich Einzelne gegen den Zusammenhang von Krebs mit Eczem, allgemein wird der epitheliale Charakter des Brustdrüsenkrebses anerkannt. Sir James Paget dagegen hat in 15—20 Fällen von Carcinom Eczem oder Psoriasis der Warzen vorausgehen sehen, hält den Zusammenhang zwischen diesen und Krebs für sicher und erinnert an den zwischen Ichthyosis und Krebs der Zunge. **Fehling** (Stuttgart).

---

15. **E. Koeberlé.** Gastrotomie in einem Fall von Retroversio uteri.

(Gaz. méd. de Strasbourg 1877. No. 3.)

K. bespricht den bekannten, bereits 1869 von Schetelig (Med. Centralbl. No. 27) publicirten Fall von »Retroversio« uteri, bei

welchem K. die Laparotomie machte, das linke Ovarium entfernte, den Rest desselben mit der Tuba und Lig. latum in der Bauchwunde befestigte und so den Uterus in einer annähernd normalen Lage fixirte. K. verwahrt sich in diesem Aufsatz ausdrücklich dagegen, dass er diese Operation allein wegen der Lageveränderung gemacht habe, und sagt, dass er weit entfernt sei, dieselbe als eine neue Heilungsmethode für Retroversion jeder Art zu empfehlen. Er habe die Operation allein wegen der hochgradigen Obstipation (»à cause de l'ileus«), welche durch kein Heilmittel zu beseitigen gewesen sei und den Lebensgenuss der 22jährigen Patientin in hohem Grade verkümmert habe, unternommen. Zu diesem Zweck ging er nach vollführtem Bauchschnitt und Herausleitung des linken Ovariums mit der Hand in die Abdominalhöhle bis ans Rectum ein, machte durch Kneten die harten Kothballen weich und drückte sie mit den Fingern gegen den After hin. Nach der Operation erfolgte spontaner Stuhl, am dritten Tage auf ein Sennainfus eine reichliche Entleerung harter Kothmassen.

Nach 4 Jahren, in welcher Zeit sich Patientin eines ungestörten Wohlbefindens erfreut hatte, consultirte dieselbe K. wegen Krämpfen in der Blase, im Uterus und im After und heftiger Obstipation. Sie leitete diese Beschwerden von einem Fall aus einem Wagen her, durch welchen, wie sie angab, ein Silberdraht, mit dem K. die Gebärmutter an die Bauchwunde befestigt habe, verschoben worden sei. Sie verlangte stürmisch, dass K. nun auch den rechten Eierstock, ja die ganze Gebärmutter entferne. Dies und ihr weiteres Benehmen liessen die Symptome hochgradiger Hysterie bei ihr erkennen. Die Untersuchung ergab, dass keine Lageveränderung bestand, die Sonde ging gerade ein, der Knopf derselben konnte in der Bauchnarbe, die nicht relaxirt war, gefühlt werden. Der Uterus war vollständig nach vorn fixirt, auch künstlich konnte keine Retroversio hergestellt werden. — K. parallelisirt diese Operation mit anderen Fällen von normaler Ovariotomie, wobei er auch Hegar's anticipirten Klimax erwähnt, welchen er in der Theorie allerdings als äusserste Hülfe für verzweifelte Fälle von Blutungen gelten lässt, der indessen in die Praxis sich wegen seiner beträchtlichen Gefahren kaum einbürgern werde.

Schliesslich fasst K. seine Ansicht in folgende Sätze zusammen: Die Retroversio kann ausnahmsweise zu einer solchen Verstopfung Anlass geben, dass ein Ileus daraus resultirt, sie kann irreponibel sein und so eine chirurgische Operation nothwendig machen. Die Fixation des Uterus an der vorderen Bauchwand und die normale Ovariotomie dürfen nur in Ausnahmefällen bei präcisen Anzeigen angewandt werden.

In einer Anmerkung bespricht K. die mechanische Behandlung, welche er sonst bei »Retroversio« anzuwenden pflegt. Er legt ovale Pessarien, ähnlich denen von Hodge ein, deren Form und Grösse

er genau dem einzelnen Falle anpasst. Er lässt dieselben Monate, selbst ein Jahr liegen und hat durch diese Methode sehr glückliche Resultate selbst in verzweifelten Fällen gesehen.

Runge (Strassburg i/E.).

---

16. **J. Anway.** Eine dreifache Fisteloperation, ausgeführt von Emmet.

(Amer. Journ. of obstetr. 1877. Jan. p. 74.)

Patientin hat nach einer Steisslagengeburt 3 Fisteln zurückbehalten. Die oberste Vesicovaginalfistel hatte 1″ Durchmesser. Die zweite, mittlere befand sich am Blasenhals, war 1″ breit und $^3/_4$″ hoch. Die dritte Fistel zerstörte die Harnröhre, so dass $^1/_3$ derselben fehlte. Die Partie, welche zwischen 1 und 2 lag war sehr verdünnt, die zwischen 2 und 3 entzündet. Der Uterus war retrovertirt, und hatte 2 grosse Cervicalrisse. Nach vorbereitender, reinigender Behandlung wurde die erste Operation an der obersten Fistel ausgeführt, dieselbe heilte vollkommen. Die 9 Nähte von Silberdraht am 10. Tage entfernt. Erst am 12. Tage Stuhlgang. Nach wiederum 10 Tagen zweite Operation an der untersten Fistel. Hier bestanden besondere Schwierigkeiten, da die Harnröhre genau passen musste. Nach einem Monat erfolgreiche 3. Operation mit 11 Nähten. Später machte Emmet noch seine Operation, welche bezweckt die Einrisse der Cervix zu schliessen; rechts legte er 3 und links 4 Suturen an. Die Vereinigung war vollständig. Ein Pessarium redressirte die Retroversion.

Fritsch (Halle a/S.).

---

17. **A. E. M. Rae.** Ein Fall von Verletzung des Abdomen durch die Vagina.

(Edinb. med. Journ. CCLIX. 1877. Jan. p. 606.)

Ein Mädchen, 17 Jahr alt, springt von einem Heuhaufen und rennt sich dabei den Stiel einer Mistgabel durch die Vagina in den Leib. Die Mistgabel wird mit grosser Kraft herausgezogen, der Stiel ist 18 Zoll lang mit Blut und Faeces bedeckt. Das Mädchen liegt wie in Agone. Als Pat. zu sich gekommen ist, sagt sie, sie habe den Stiel in der Nähe des Herzens gefühlt. Bei der sehr schmerzhaften Vaginaluntersuchung fühlte man eine transversale $1^1/_4$ Zoll lange Ruptur in der Rectovaginalwand. Durch diesen Riss passirte der Finger in das Rectum, wenig Blut und Faeces gingen ab. Der Uterus war in situ, äusserlich konnte man blos eine schmerzhafte Stelle am Cartilag. ensif. nachweisen. Zeichen innerer Blutung fehlten. Nach 10 Tagen erfolgte der Tod. Bei der Section fand man grosse Massen dünnen Eiter im Peritonealraum. Omentum und Peritoneum waren, sowie die Därme, lebhaft injicirt. Das Omentum enthielt viel Eiter-

cysten. Rechts vom Promontorium ist das Peritoneum und das subperitoneale Gewebe zerrissen und zeigt keine Heilung. Es geht ein Eitercanal nach oben zur rechten Niere im subperitonealen Gewebe, da in diesem Canale Heu, Stroh und Faecespartikelchen sich befinden, muss er für den Weg des Stiels angesehen werden. Im Uterus fand sich ein Fibrom. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

18. **Galezowsky.** Ueber hysterische Amblyopie.

(Gaz. de hôpit. 1877. No. 10. p. 75. u. No. 15. p. 115.)

Verf. theilt die hysterischen Sehstörungen ein in 1) einseitige Amblyopie, 2) wahre oder simulirte beiderseitige Amaurose, 3) Spasmen der Augenmuskeln. Der erste Fall wurde in des Verf's. Inaugural-Dissertation 1865 veröffentlicht: Eine junge, hysterische Dame konnte mit dem linken Auge nur grosse Buchstaben lesen und litt an Daltonismus und Hemiopie. Als sich nach 14 Tagen die Hysterie besserte verschwanden auch die Augensymptome. Dieser Fall ist ein Paradigma für die in Rede stehende Affection. Ein ähnlicher Fall ist von Hélot (Thèse 1870) veröffentlicht: Hysterie, plötzliche Hemiplegie, Paralyse und Anästhesie der afficirten Seite, Hemiopie und Dyschromatopsie, Gehör- und Geruchstörungen, Haemoptysis und Haematemesis, Menorrhagie abwechselnd mit Amenorrhoe; Blasenlähmung, krampfartige Leibschmerzen. Langsame aber völlige Heilung. Bei diesen hysterischen Augenaffectionen ist bei der Untersuchung des Auges absolut Nichts zu finden. Die Prognose ist gut, alle Fälle sind heilbar. **Fritsch** (Halle a/S.).

19, 20. **A. Seeligmüller.** Ueber epidemisches Auftreten von hysterischen Zuständen.

(Allgem. Zeitschr. f. Psych. u. psych. gerichtl. Med. von H. Laehr Bd. XXXIII. p. 501.)

Verf. machte eine interessante Beobachtung, ein Analogon zu der epidemischen Chorea, der Tanzwuth des Mittelalters etc. Auf einem Landgut arbeiteten eine Anzahl zugereister Mädchen im heissen Sommer, angestrengt in gebückter Stellung. Ein Mädchen bekommt epileptoide Zufälle, nach einigen Tagen 2 andere und bald danach die 6 Mädchen, welche mit diesen in einem Zimmer schlafen. Die Anfälle kommen 10—20 mal in 24 Stunden, dauern 10—15 Minuten. Morphium und Chloral leisten gute Dienste. Den Anfällen geht Praecordialangst und Schmerzen im Epigastrium voraus. Exquisit wurde der hysterische Charakter, als später gemeinschaftlich Lachkrämpfe, gelinde tobsüchtige Erregungen dann bei allen eintraten, wenn eine den Anfang gemacht hatte. Nachweisbare Sexualerkrankungen fehlten. Isolirung war leider unmöglich.

In einer Sitzung der Société de Biologie de Paris theilt Magnan mit, dass er in einer Mädchenschule eine Epidemie von Tetanus

beobachtete. Bis zu 14 Mädchen wurden täglich von Tetanus befallen. Die Schule wurde geschlossen, die Epidemie hörte auf. Imitation und Simulation lag entschieden vor. (Lyon med. XXIV. No. 7. p. 239).

Fritsch (Halle a/S.).

---

21. **J. Garnier.** Ein Fall von Ileus geheilt durch Klysma von kohlensaurem Wasser.

(Lyon medical Bd. XXIV. No. 5. p. 163.)

Eine Dame litt an allen Symptomen der Darmocclusion. 5 Tage lang wurde expectativ behandelt, ohne dass Besserung und Stuhlgang eintrat. Da sah Verf. die Pat. in höchst collabirtem Zustande. Kurz entschlossen verbindet G. eine gewöhnliche Kanüle durch einen Schlauch mit einem Siphon. Die Kanüle wird in den Anus gesteckt, ein Druck auf den Hahn: und ein Liter kohlensaures Wasser dringt mit Leichtigkeit in das Abdomen ein. Sofortige Heilung!

Fritsch (Halle a/S.).

---

22. **Paschkis.** Hymen columnatus und Vagina duplex.

(Wiener med. Presse 1877. No. 1.)

Dr. P., Assistent an der Klinik des Prof. Sigmund, beschreibt die Hymenformen dreier Individuen, die uns wohl schon als Hymen bifenestratus bekannt sind. In dem ersten Falle wurde der enge Introitus von einem Hymen umsäumt, von dessen ungleichen Hälften die rechte noch unverletzt, die linke dagegen eingerissen war; zwischen diesen beiden verlief eine Brücke von dem Orif. urethrae bis zur hinteren Commissur. Dieser Fleischbalken war an beiden Enden dick, in der Mitte dünner und sprang nach aussen unten convex vor; an der Vaginalwand konnte man ein Riff von den Endpuncten der Brücke an verfolgen. Uterus nicht abnorm. Im zweiten Falle wird eine ähnliche Brücke, welche sich nur durch ihre Länge 6 Ctm.) von der ersten unterschied, beschrieben; der Hymen war hier beiderseits zerstört, die Runzeln der Scheidenwand setzten sich auf das Septum hin fort; Uterus normal. Im dritten Falle fehlte der äussere Theil der Brücke und nur ein Septum war vorhanden, welches die Scheide in eine grössere Hälfte mit und eine kleinere ohne Vaginalportion theilte, auch hier war der Uterus normal.

Bei der Erklärung dieser Anomalie schliesst sich P. der Ansicht Dohrn's an, dass der Hymen eine in einer frühen Periode, der 19. Woche des Fötallebens entstehende neue Bildung sei und er hält diese Brücke für ein accessorisches Gebilde. Dieses Gebilde könne, wie aus den 3 Fällen hervorgehe, weiter in die Scheide hineinwachsen und durch Erzeugung eines Septums Anlass geben zur Verwechselung mit den doppelten Scheidencanälen, die durch Persistenz der fötalen Scheidewand zwischen den Uterushörnern, das Verschmelzen der Müller'schen Gänge, entstehen. Nur bei Vorhandensein eines Uterus septus sei der Unterschied mit Sicherheit zu

machen. P. trennt diese Anomalie auch von dem For. hymenaeum bipartitum der Anatomen, welches eine den Hymen selbst betreffende Unregelmässigkeit sei, die Säule aber liege vor und nicht im Hymen, sei somit Excess und nicht Mangel in der Bildung (Hymen columnatus).

Bandl (Wien).

---

23. **F. Ahlfeld.** Untersuchung eines Präparates mit übermässiger Ausdehnung der Harnblase eines neugeborenen Mädchens, vollständiger Trennung der Genitalstränge, Atresia ani vesicalis, Kloakenbildung.

(Arch. f. physiol. Heilk. Bd. XVIII. Hft. 2. p. 185.)

Die Harnblase eines 41 Ctm. langen, sonst wohlgebildeten Mädchens war sehr bedeutend ausgedehnt. An der hinteren Wand münden die beiden Scheiden, welche sich nach oben und aussen deutlich von den Uteruskörpern abgrenzen, der rechte Uterus ist 26 Mm. lang und 18 breit, der linke bez. 34 und 20. Durch einen sehr engen Gang mündet der Mastdarm in die Blase. Von den Ureteren geht einer in die Blase, der andere in die entsprechende Scheide. After nicht einmal angedeutet. Urethra am Präparate abgeschnitten, so dass der Grund des Verschlusses nicht nachweisbar ist. Durch Rückstauung sind auch beide Scheiden und beide Gebärmütter zu blasenförmigen Tumoren aufgetrieben. Als Grund dieser Missbildung nimmt der Verf. an: frühzeitige starke Ausdehnung der Allantois durch Verschluss ihrer Ausführungsgänge herbeigeführt.

Ahlfeld (Leipzig).

---

24. **G. de Mussy.** Adenopathie beim Keuchhusten.

(Bulletin de l'acad. de méd. 1877. No. 2. Sitzung vom 9. Jan.)

Verf. hat schon 1872 und 1875 den Keuchhusten eine »Adenopathie trachéo-bronchique« genannt. Jetzt findet er Bestätigung in zwei Präparaten, bei denen eine deutliche Vergrösserung der Trachealdrüsen den Pneumogastricus und seine Kehlkopfäste comprimirt hat. Die Compression resp. die Reizung dieser Nerven ist der Grund des Keuchhustens. Es steht seit lange fest, dass die Vergrösserung der genannten Drüsen Hustenparoxysmen hervorbringen kann, ganz gleich dem Keuchhusten. Der Keuchhusten soll unter die eruptiven Fieber gerechnet werden, und man bemerkt auch Entzündung des Pharynx. Es localisiren sich auch andere derartige Fieber auf der äusseren Haut, warum nicht auch auf den Schleimhäuten. Nun widersprach immer dieser Theorie die lange Dauer des Keuchhustens. Diese ist aber durch das Zurückbleiben der Adenopathie erklärt, ebenso die häufigen Recidive. Wird die Compression des Laryngeus inferior prolongirt, so kann Aphonie die Folge sein. **Fritsch** (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S., an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Erster Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 10 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 3. **Sonnabend, den 28. April.** **1877.**

Inhalt: I. **Schücking**, Antiseptische Behandlung der Puerperalwunden (Vorläufige Mittheilung.) —

1. **Morel**, Muskulatur der Urethra. — 2. **Dibarder**, Inversio uteri. — 3. **Young**, Abort. — 4. **Lungren**, 5. **Coy**, Kaiserschnitt. — 6. **Davaine**, Tubarschwangerschaft. — 7. Drillingsschwangerschaft. — 8. **Kahrs**, Atresia uteri. — 9. **Martin**, Chloral während der Geburt. — 10, 11. **Tarnier**, **Pajot**, Neue Zange. — 12. **Greene**, Pocken im Wochenbett. — 13. **Ancona**, Faradisation bei Agalactie. — 14. **Veit**, Uterusprolaps. — 15. **Lewy**, Endometritis polyposa. — 16. **Bordier**, Dysmenorrhoe membranacea. — 17. **Verneuil**, Myelitis durch ein Pessar. — 18. **Cleveland**, Metrorrhagie als Folge von Malaria. — 19. **Annandale**, Hydatidentumor des Netzes. — 20. **Boissarie**, 21. **Hegar**, 22. **Antal**, Ovariotomie. — 23. **Ullac**, Carcinom der Ovarien. — 24. **Kimbal** und **Cutter**, Electrolyse. — 25. **Rabuteau**, Ether bromhydrique. — 26. **Koster**, Luft in den Lungen Neugeborener. — 27. **Simpson**, 28. **Gauderon**, Peritonitis. — 29. **Kind**, Idioten. — 30. **Gillette**, Intussusception.

I. Eine streng antiseptische Behandlung der Puerperalwunden. Vorläufige Mittheilung.

Von

Adrian Schücking,

Assistent an der gynäkologischen Klinik zu Halle a/S.

Es war durch die Erfolge der Lister'schen Wundbehandlung für den Geburtshelfer und Gynäkologen die Aufgabe gestellt, eine dem antiseptischen Occlusivverband gleichwerthige Methode zur Anwendung auf die Wunden der weiblichen Genitalien zu finden. Ich glaube in einer Modification der permanenten antiseptischen Irrigation ein absolut sicheres Schutzmittel vor puerperaler Sepsis gefunden zu haben. Ich habe nach diesem Verfahren fünf Wöchnerinnen nach sehr schweren Entbindungen und drei Fälle von Puerperalfieber behandelt. Sämmtliche Wöchnerinnen blieben abgesehen von geringem Fieber

in den Abendstunden, das jedoch 38,4 nicht überstieg, gesund. Die drei schwer septisch Erkrankten genasen unter der eingeschlagenen Behandlung nach kurzer Zeit.

Es wurde folgendermassen verfahren. — Ein grosser an der Spitze abgeschnittener Metallkatheter, mit dem eine Strecke lang ein mit zahlreichen Oeffnungen versehener Metalldrain verbunden ist, wird mit einer Binde entfetteter sog. Listergaze umwickelt. Die Gaze bildet an dem Scheidentheil des Katheters einen dicken Wulst. — Der Drain, der in der Gegend des innern Muttermundes zu liegen kommt, soll als Sicherheitsventil für den Abfluss der benetzenden Flüssigkeit dienen. Die Gaze hat die Bestimmung, die desinficirende Flüssigkeit mit allen Theilen der Uterin- und Vaginal-Innenfläche dauernd in Berührung zu bringen, eine Verstopfung des Katheters durch gerinnende Secrete unmöglich zu machen und bei vorübergehender Stockung der Leitung des Irrigators durch diese Art internen Verbandes den Schleimhautwunden ihren antiseptischen Schutz zu bewahren. — Die Wöchnerin ruht auf einem Stechbecken, einem Gummiunterschieber oder einem durchbohrten Rahmen. — Unmittelbar nach der Entbindung wird nun der gazeumhüllte Katheter bis zum Fundus Uteri eingeführt. Nachdem eine kurze Abspülung mit 5% Carbolsäurelösung, die von den Schleimhäuten für einige Augenblicke sehr gut vertragen wird, vorgenommen ist, wird ein an dem Katheter befindlicher drehbarer Hahn so weit gestellt, dass der Inhalt des Irrigators erst nach mehreren Stunden abgeflossen sein kann. Die zur permanenten Irrigation bestimmte Flüssigkeit ist eine 10% Lösung von schwefligsaurem Natron mit 5% Glycerin, wie sie von Angelo Minich (Cura antisettica delle Ferite etc. Venedig 1876) für chirurgische Zwecke anempfohlen ist. Dies genügend starke Desinficiens ist völlig reizlos, bietet bei ev. Resorption keine Gefahren der Intoxication und ist dabei ziemlich geruchlos. Vielleicht leistet es in einer schwächern Lösung dieselben Dienste. — Der Katheter wird alle 12 Stunden herausgenommen und mit einer frischen in 5% Carbolsäurelösung getauchten und dann abgespülten Gazebinde umwickelt.

Diese Behandlungsweise wird, wenn für eine passende Lagerung der Wöchnerin gesorgt ist, bis zu sechs und acht Tagen sehr gut vertragen.

Besteht bereits eine septische Erkrankung im Puerperium, so wird die Methode dahin modificirt, dass man zuerst eine ganz energische Ausspülung mit 5% Carbolsäurelösung einleitet, und dann die Lösung von schwefligsaurem Natron zeitweilig mit 3% Carbolsäurelösung vertauscht.

Denselben sicheren Schutz den diese Behandlungsweise vor puerperaler Sepsis giebt, muss dieselbe auch für alle weiblichen Genitalwunden vor dem Hinzutreten accidenteller Wundkrankheiten zu leisten im Stande sein. Nach Uterusexstirpation, nach Drainage des Douglas'schen Raumes, nach Sectio cäsarea, bei Uterusruptur findet dieses Verfahren vor allem andern seine Anwendung.

Die vorgeschlagene Modification der antiseptischen permanenten Irrigation ist nach dem Vorhergehenden anzuwenden: Prophylaktisch bei gesunden Wöchnerinnen 1. nach schweren langdauernden Entbindungen, 2. bei einer bestehenden Puerperalepidemie in einer Anstalt. Ferner in allen Fällen septischer puerperaler Erkrankung, in denen überhaupt noch etwas von einer localen Therapie zu erwarten steht. Für alle durch grössere operative Eingriffe gesetzten frischen Wunden der weiblichen Genitalien. Dasselbe gilt von solchen, die bereits inficirt sind, von Infection durch verjauchende Tumoren etc.

---

1. **Morel.** Die Anordnung des Muskelapparates der weiblichen Urethra.

(Sitzungsbericht der med. Gesellschaft zu Nancy.)

(Lyon med. Bd. XXIV. No. 4. p. 135.)

Die äussere Muskelschicht bildet bei einigen Präparaten (Mädchen von 7 Jahren) einen den Canal völlig umgebenden Ring, dessen Dicke aber vorn etwas beträchtlicher als hinten ist. Bei andern Präparaten (Mädchen von 15 — 18 Jahren) umgiebt die äussere Muskelhülle blos die vorderen und seitlichen Partien des Canals, ja in noch späterer Zeit (Mädchen von 22 Jahren) konnte man die völlige Abwesenheit der äusseren Muskelhülle constatiren. Die innere Muskelschicht, parallel der Axe des Canals, ist jedenfalls nicht stets gleich. Bei dem Kind von 7 Jahren kreuzen sich die Muskelfasern auf beiden Seiten, hinter diesen gekreuzten Fasern befinden sich wenige Muskelelemente. Die letzteren sind schon mehr entwickelt bei Mädchen von 15 — 18 Jahren. Bei der erwachsenen Frau verwandeln sich diese Partien in erectiles Gewebe. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

2. **Dibarder.** Inversio uteri; Wiederaufrichtung durch Schwangerschaft.

(Annal. de Gynécologie 1877. Jan.)

Eine 42jährige Frau, die mehrmals geboren hatte, zuletzt vor 13 Jahren, litt an immer zunehmenden Blutungen namentlich während der Menstruation. Von ihrer letzten Geburt weiss sie sich nur einer sehr beträchtlichen Hämorrhagie zu erinnern. Verf. diagnosticirte eine incomplete Inversio uteri und machte vergebliche Anstrengungen, eine vollständige Wiederaufrichtung zu erzielen. Es gelang ihm immer nur den Fundus in ein Niveau mit dem Hals zu bringen.

Bei einer 8 Wochen später unternommenen Untersuchung findet Verf. den Uterus in ganz normalen Verhältnissen und zugleich eine Schwangerschaft. Diese sowohl wie die Geburt und das Wochenbett verliefen normal. Die Frau hat dann später noch einmal abortirt.

Verf. giebt seinen Reductionsversuchen keinen Antheil an der Heilung, sondern führt sie ganz allein auf die Schwangerschaft d. h. die Wirkung des wachsenden Eies zurück. **Schellenberg** (Leipzig).

---

3. **Young.** Gestörte Entwickelung eines Fötus in Folge von Blutungen.

(Obst. Journal of Great Brit. and Ireland. 1877. Jan.)

Eine Frau erlitt im 3. Monate der Schwangerschaft in Folge eines Falles heftige Schmerzen in der linken Seite über dem Poupart'schen Band. Darauf häufige und starke Blutungen während der ungestörten Schwangerschaft. Rechtzeitige und leichte Geburt. Einige Stunden danach ging unter starker Blutung ein circa 2 monatlicher macerirter Fötus mit theilweis veränderter Placenta ab.

Das Absterben der zweiten Frucht soll durch den Fall herbeigeführt worden sein. **Leopold** (Leipzig).

---

4. **Lungren.** Kaiserschnitt. Uterusnaht mit Silberdraht. Heilung.

(Anal. de Tocol. 1877. Jan.)

Eine 29jährige Frau, in der Jugend rachitisch, hat 3 Mal abortirt. Eine schon begonnene Einleitung der künstlichen Frühgeburt wird sistirt, als Verf. die bedeutende Enge des Beckens erkannte. Conj. ver. $2^1/_4 - 2^1/_2''$. Bei der Geburt entscheidet man sich wegen angeblicher Strictur des Cervix für den Kaiserschnitt. Derselbe traf die Placenta an der vorderen Wand. Fruchtblase von der Scheide aus gesprengt, um das Einfliessen des Wassers in die Bauchhöhle zu verhindern. Die starke Blutung durch manuelle Compression des Uterus und durch 4 Silbernähte gestillt. Schluss der Wunde wie bei der Ovariotomie. Operationsdauer 25 Minuten. Nachbehandlung angeblich homöopathisch, nach unseren Ideen exspectativ. Kein Fieber, Puls nie über 100 Schläge, die Wöchnerin stillt. Am 9. und 10. Tag Entfernung der Nähte. **Fehling** (Stuttgart).

---

5. **W. N. Mc Coy.** Ein Kaiserschnitt wegen eigenthümlicher Complication.

(Americ. Practitioner 1876. Oct.)

Der Uterus war im Zustande der eitrigen Entzündung nach der letzten Entbindung prolabirt, und die Vaginalportion an die Scheidenwandungen angewachsen. Die Ovariotomie und Entbindung per vias naturales schien unmöglich, daher wurde die Hysterotomie ausgeführt und ein lebendes Kind extrahirt. Die Mutter starb nach 32 Stunden.

P. F. Munde (New-York).

---

6. **Davaine.** Tubarschwangerschaft, Obliteration beider Tuben.

Demonstrirt in der Société de Biologie de Paris.

(Annal. de Gyn. 1877. Febr.)

Das Präparat stammt von einer Frau, welche mit den Symptomen einer inneren Blutung $1^1/_2$ Stunde nach ihrem Eintritt in das Spital gestorben war; keine Anamnese. Die Section fand die Peritonealhöhle voll Blut und auf der rechten Seite, in der Continuität der Tuba, gegen deren Ende zu, einen Körper von der Grösse und Form eines Hühnereies. Dieser Tumor hatte ungefähr in seiner Mitte eine kleine Oeffnung, durch welche noch eine kleine Menge geronnenes Blut ausfloss. Das correspondirende Ovarium zeigte einen sehr grossen gelben Körper. In dem anderen Ovarium befand sich ebenfalls ein solcher, aber viel kleiner. Der Uterus und sein Hals waren normal. Die beiden Tuben sind obliterirt. Der Tumor lässt sich deutlich als das Product einer Conception erkennen. Der äussere Rand lässt sich leicht ablösen, von einer Placenta, welche fast vollständig, wie eine runde Kappe das Ei umgiebt, mit Ausnahme einer kleinen Stelle, an der das Amnion frei und durchsichtig ist. Der ungefähr $2^1/_2$ Ctm. lange Fötus schwimmt im reichlichen Fruchtwasser.

Schellenberg (Leipzig).

---

7. Drillingsschwangerschaft. Sichere Diagnose der 3 Kinder 6 Wochen vor der Geburt.

(Annal. de Gyn. 1877. Jan. p. 76.)

Eine 35jährige III.para suchte gegen Ende September 1876 Aufnahme in die Gebärklinik wegen einer Phlebitis. Sie war 4—5 Monate schwanger, letzte Menstruation 15. April. Bei ihrem Eintritte beobachtete man nur die enormen entzündeten Venen, welche auf der vorderen äusseren Seite des linken Schenkels waren. Erst 3 Wochen nach ihrem Eintritt untersuchte man Patientin auf ihre Schwangerschaft hin.

Die Anamnese ergab, dass ihr Mann ein Zwillingskind war; dass ihre Grossmutter und ebenso eine ihrer Schwestern Zwillingsschwangerschaften durchgemacht hatten.

Der Umfang des Bauches war im Betracht der Zeit der Schwangerschaft sehr gross.

Die Palpation liess die Gegenwart von 3 Köpfen erkennen: einen am Becken, einen zweiten in der rechten Fossa iliaca und einen dritten sehr beweglich am Fundus.

Die Auscultation ergab nie mehr als 2 Puncte, einen links unter dem Nabel, den andern rechts und oben.

Am 1. December gebar die Frau 3 Knaben, welche 1970, 1880 und 1750 Grm. wogen. Alle drei kamen mit dem Schädel voran zur Geburt.

Schellenberg (Leipzig).

---

8. **C. Kahrs.** Atresia uteri.

(Norsk Magasin for Logevid Bd. VI. Hft. 12.)

Bei einer 18jährigen, seit zwei Tagen kreissenden I. para fand Verf. bei der ersten Exploration keine Vaginalportion und keinen Muttermund, statt dessen nur eine stecknadelkopfgrosse Vertiefung im vorderen Scheidengewölbe, im Speculum von bläulichem durchscheinendem Aussehen. Die nach Morphium verstärkten Wehen machten keine Veränderung. Mit dem Bistouri wurde eine Incision nach hinten gemacht, wobei Fruchtwasser abging, durch die Scheere wurde dann die Oeffnung nach vorn und beiden Seiten dilatirt. Unter kräftigen Wehen erweiterte sich jetzt der Muttermund, folgte aber mit dem Kopfe bis zum Beckenausgange. Nach einem Vierteljahre fand sich der Uterus in normaler Lage mit kleiner Vaginalportion, Orificium eine Querspalte von 1 Ctm. Länge bildend.

Ingerslev (Kopenhagen).

---

9. **J. W. Martin.** Anwendung von Chloral während der Geburt.

(Med. Press and Circ. 1877. Januar 3.)

Bei einer Geburt, wo der Muttermund hart, dick und resistent war, wurde zuerst eine Gabe von 1,5 Chloralhydrat gegeben, $^1/_2$ Stunde später 1,2 und 2 Stunden darauf nochmals 1,2. Die Wehen wurden in der Regelmässigkeit und Stärke nicht gestört, doch war die Schmerzempfindung wesentlich gemildert, und die Gebärende schlief in den Wehenpausen. Der Erfolg mit Bezug auf den Muttermund war sehr zufriedenstellend, er wurde bald dünn, rund und leicht erweiterbar, bei reichlicher Schleimabsonderung. Die Geburt endete 4 Stunden nach der 1. Chloralgabe, natürlich; keine Nachgeburtsblutung.

Dieselbe Menge wurde in einem anderen Fall gegeben. Schwangerschaft am richtigen Ende, allgemeine Wassersucht, schwere Bronchitis, 1,2 Chloral alle 20 Minuten, 4 Mal. Geburt ging leicht und rasch von Statten; keine Post-partum-Blutung.

Verf. schliesst aus diesen Beobachtungen, Chloral habe einen starken Einfluss auf die Höhe des gefühlten Wehenschmerzes; es bewirke Schlaf in den Wehenpausen, habe aber keine verlangsamende Wirkung auf den Geburtsverlauf, beschleunige die Erweiterung des Muttermundes und schädige in keiner Beziehung die Gebärmuttercontraction nach der Geburt.

Underhill (Edinburg).

---

10. 1) Der neue Forceps des Dr. Tarnier.

11. 2) **Pajot.** Offener Brief an Herrn Dr. Tarnier etc.

(Annal. de Gyn. 1877. Mars.)

Tarnier verwirft den bisher allgemein gebräuchlichen Forceps (Levret), weil

1) er dem Operateur niemals gestatte in der Richtung der Beckenaxe zu ziehen,

2) er dem kindlichen Kopfe keine genügende Beweglichkeit lasse, um den Krümmungen des Beckens frei folgen zu können,

3) er nicht mit einem Zeiger versehen sei, der anzeige, in welcher Richtung der Geburtshelfer seine Tractionen machen solle.

Er hat deshalb ein neues Instrument construirt, welches diesen drei Anforderungen entsprechen soll.

(Zusammensetzung und Anwendungsweise im Original nachzusehen; nur mittelst Abbildungen verständlich.)

Pajot widerlegt ihn in einem längeren Aufsatz in ebenso geistreicher wie schlagender Weise, indem er unter anderem auf jene drei angeführten Thesen Tarnier's antwortet:

1) dass es unausführbar sei, ein Instrument zu construiren, welches von den Händen des Operateurs bewegt der mathematischen Beckenaxe folge und dass das bisherige Forceps geschickt gehandhabt sich genügend dieser idealen Anforderung nähere, was es seit einem Jahrhundert tausendfältig bewiesen habe,

2) dass der kindliche Kopf innerhalb des gewöhnlichen Forceps genügenden Spielraum habe, um sich dem natürlichen Mechanismus anzupassen, ist ebenfalls durch die Praxis bewiesen,

3) der von Tarnier angegebene Zeiger wird ganz unzuverlässig sein; er wird z. B. bei ganz demselben Becken je nach der Beschaffenheit der Weichtheile des Damms und Beckenbodens ganz nach verschiedenen Richtungen zeigen und so nur schaden, anstatt nützen zu können. **Schellenberg** (Leipzig).

---

12. **W. T. Greene.** Pockenerkrankung im Wochenbett.

(Med. Press and Circ. 1877. Januar 24.)

Frau D. war am 26. December 9 Uhr früh in normaler Weise vom 1. Kind entbunden worden. Abends fieberte sie bereits. Nach einer schlechten Nacht war sie am nächsten Morgen mit einem dicken, papulösen, variolaähnlichen Ausschlag bedeckt; lag sogar kurze Zeit im Delirium. Der Ausschlag nahm vom 4. Tag allmälig ab und verschwand nach 14 Tagen ganz; die Frau erholte sich vollständig. Das Kind wurde am 2. Tage p. part. geimpft. Jedoch traten die Pocken neben den Impfblasen auf. Die beiden Affectionen liefen gleichmässig neben einander her, und das Kind starb am 10. Tag nach der Geburt. **Underhill** (Edinburg).

---

13. **V. Ancona.** Unterdrückung der Lactation. Heilung durch Faradisation.

(Gaz. med. ital. Prov. venet. 1877. No. 3.)

Einer gesunden (erstgebärenden) Amme, die seit 4 Monaten stillte, versiegte die Milchsecretion, nachdem sie durch einige Tage sehr spärlich geworden war. Vf. applicirte die feuchten Reoforen

eines mittelstarken Inductionsapparats (Gaiffe) auf die Brüste selbst und zwar einmal am Tage und durch eine Viertelstunde für jede Brust. Nach der dritten Application liessen sich einige Tropfen Milch aus der Warze auspressen. Nach der 4. Sitzung war die Secretion wieder im vollen Gange. Zwei Monate später stillte die Amme noch ihren Säugling. Verf. citirt mehrere ähnliche Fälle, besonders von französischen Autoren. **Liebmann** (Triest).

---

14. **J. Veit.** Klinische Untersuchungen über den Vorfall der Scheide und der Gebärmutter.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. I. Hft. 1. p. 144.)

Verf. sucht an der Hand eines grossen Materials zur Lösung der Frage beizutragen, in wieweit Cervixhypertrophie eine Ursache des Gebärmuttervorfalls werde (Huguier). Für den Vorfall der vordern Scheidenwand nach Entbindungen sei die Ursache das Klaffen der Vulva und Schwund des perivaginalen Fettgewebes. Vf. übergeht hier die nicht zu unterschätzende Lockerung und Dehnung des perivaginalen Zellgewebes bei grossen Kindern, engem Becken etc. Primärer Vorfall des Uterus sei selten, ein Fall, der das Vorkommen beweisen soll, wird angeführt. Zu der durch das Puerperium gegebenen Prädisposition treten noch Gelegenheitsursachen hinzu, um Vorfall der Scheide hervorzurufen. Beim Vorfall der vordern Wand senke sich zuerst der Theil über dem Harnröhrenwulst, dann komme auch die Blase mit herein und trage so zur Vergrösserung des Vorfalls bei. Beim Vorfall der hintern Wand seien Risse der hintern Wand das primäre, darauf folgend Narbencontraction gegen den Damm zu; gehe der Riss bis ins perirectale Gewebe, dann folge auch die vordere Mastdarmwand dem Zug.

Ref. möchte bemerken, dass viele Vorfälle ohne Vaginalrisse entstehen, dass die Risse meist Längsrisse sind; nur bei Querrissen wäre Narbencontraction gegen den Damm denkbar. Die Folgen beim Scheidenvorfall für den Uterus sind: Veränderung seiner Lage (in circa 50 % Retroversion und -Flexion), und seiner Dicke und Länge. Die Frage, ob der Körper oder Hals des Uterus verlängert sei, will Verf. lieber durch bimanuelle ev. Rectaluntersuchung entscheiden als durch die Sonde.

Unter 36 Vorfällen der vordern Wand war der Uterus in 23 Fällen verlängert. Auffallend und unerklärt blieb es in einer Anzahl von Fällen, dass die Höhle des Uterus wenig Wochen nach der Entbindung noch nicht wieder ihre normale Länge erreicht hatte; dieser Befund spricht besonders gegen die Huguier'sche Annahme der Entstehung der Vorfälle aus primärer Cervixhypertrophie.

Durch Messung liess sich in 9 unter 10 Fällen von primärem Scheidenvorfall beweisen, dass Schröder's Portio media verlängert war, von dieser schreitet die Hypertrophie weiter auf die Portio supra-

vaginalis und vaginalis, bei letzterer sich hauptsächlich durch Verdickung äussernd.

Für die secundäre Entstehung der Cervixhypertrophie spreche auch die Verlängerung des Scheidenansatzes an der Portio (normal 1 Ctm. breit), doch ist nicht angegeben, wie dies sicher gemessen wird. Auch die praktische Erfahrung spricht hierfür, indem die Hypertrophie nach $^1/_4$ jahrelangem Tragen eines Pessars zurückgehe, nach Herausnahme des Pessars trete der Scheidenvorfall gleich wieder ein.

Der eigentliche Gebärmuttervorfall endlich ist vollständig oder unvollständig, je nachdem das Os uteri ext. die Vulva überschreitet oder nicht. Bei der letztern Art von Fällen könne es vorkommen, dass beide Lippen gleich kurz sind, z. B. 2 Ctm. lang, und doch das hintere Vaginalgewölbe normal hoch stehe. V. erklärt dies durch Vorziehung des Ansatzes der Scheide an der Portio media. Zuweilen soll ein prolabirter Uterus durch Cervixhypertrophie wieder in die Höhe wachsen. Beim Uterusvorfall kann über demselben Blase und Rectum in unmittelbare Berührung treten.

V. kommt darnach zum Schluss, dass primäre Cervixhypertrophie selten sei, er hat in den $^5/_4$ Jahren seiner Beobachtung keinen gesehen.

Unter all' den Fällen von Uterusvorfall war nur 1 Mal Complication mit Carcinom der Portio, was gegen die Ansicht von Entstehung des Carcinoms durch Reizung des betreffenden Theils spricht.

Fehling (Stuttgart).

---

15. **Lewy.** Fall von Endometritis decidua polyposa.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie Bd. I. Hft. 1. p. 22.)

Eine 41jährige Frau, welche 3 Mal geboren und 2 Mal im 3. Monat abortirt hatte, litt längere Zeit nach dem letzten Abort an starken Blutungen bei hypertrophischem Uterus. Nach einer entsprechenden Cur wurde sie schwanger und abortirte circa in der 4. Woche. Dabei wurde eine Decidua als vollständiger Uterusausguss ausgestossen, deren Innenfläche mit Polypen von Hirsekorn- bis Erbsengrösse durchweg besetzt ist. Mikroskopisch bestanden die Wucherungen sämmtlich aus Deciduazellen.

Verf. nimmt eine vor der Conception schon bestehende Endometritis an, die durch die Schwangerschaft zur Polypenbildung gesteigert wurde.

Leopold (Leipzig).

---

16. **A. Bordier.** Ueber einen Fall von Dysmenorrhöa membranacea exfoliativa.

(Gaz. hebdom. 1877. Jan. 26. p. 52.)

Eine junge 24jährige nervöse Amerikanerin hatte in ihrer Kindheit eine Pleuritis durchgemacht, als Mädchen bei der Regel stets an Dysmenorrhöe gelitten, wobei Membranen ausgestossen worden sein sollen.

Kurze Zeit nach der Verheirathung wird eine leichte Tuberkulose der rechten Lungenspitze constatirt. Nach Besserung der hierauf bezüglichen Symptome wird 3 Mal die Ausstossung einer dysmenorrhöen Membran vom Verf. beobachtet. Die mikroskopische Untersuchung (erläutert durch wenig charakteristische Zeichnungen) zeigt granulirte Epithelialzellen, Spindelzellen und in der Mitte von einem Lager von Spindelzellen blinde Drüsenendigungen mit in Verfettung begriffenem Inhalt.

Ein zugezogener College empfiehlt Schwängerung und wirklich kommt Patientin zur richtigen Zeit nieder. Nach der Entbindung wurde keine Membran mehr ausgestossen. Bald folgte eine neue Schwangerschaft, der Zustand der Lungen blieb ein gleicher.

Verf. legt in seiner Epikrise einen besondern Werth auf die angeblich tuberkulöse Pleuritis in der Jugend, eine granulöse Pharyngobronchitis, einen Lichen des Nackens, eine unbestimmte Hautaffection der Vulva, und endlich nach der Dysmenorrhöe eine Brachialneuralgie. Von elterlicher Seite soll eine erbliche Disposition zu Arthritis und Hautausschlägen vorhanden gewesen sein.

Fehling (Stuttgart).

---

17. **Verneuil.** Tödtliche Myelitis, durch ein Pessar hervorgerufen.

(Brit. med. Journal 1877. Jan. 13.)

In einem Referat aus Verneuil's Klinik wird von einem Fall tödtlicher Myelitis berichtet, die bei einer Frau durch das lange Tragen eines Vaginalpessars hervorgerufen worden sein soll. Heftige Vaginal- und Uterusbeschwerden hörten nach Entfernung des »vergessenen« Pessars auf, doch es entwickelten sich spastische Krämpfe der Gliedmassen und bald das ganze Bild der Myelitis.

In seiner Epikrise des Falls erinnert Verneuil an Hervorrufung der Epilepsie durch Fremdkörper im äussern Gehörgang.

Fehling (Stuttgart).

---

18. **J. L. Cleveland.** Der Einfluss des Malariagiftes als aetiologisches Moment in gewissen Fällen von Metrorrhagie und Menorrhagie mit 5 Beispielen.

(Cincinnati Clinic. 1876. Nov. 4.)

In allen Fällen hatte die Blutung hartnäckig den gewöhnlichen haemostatischen Mitteln, wie Secale, Eisen, Cannabis indica, dem Pressschwamm der Curette und intrauterinen Injectionen getrotzt. Aufmerksam gemacht durch seinen ersten Fall, in dem Verf. zufällig erfuhr, dass die Blutung gewöhnlich nach einem, jeden Abend oder alle zwei Tage wiederkehrenden Schüttelfrost bedeutend stärker wurde, weshalb er Chinin in 0,3 Dosen 3 Mal täglich verordnete und nach eini-

gen Tagen den Blutverlust vollkommen sistiren sah, — vermuthete der Verf. die schleichende Form des Intermittens, der die Kranken wohl ausgesetzt gewesen sein konnten. Eine Vermuthung, in der ihn die intermittirende Form der Metrorrhagie und eigenthümliche neuralgische, zuweilen mit Schüttelfrösten verbundene Erscheinungen bestärkten. Er gab Chinin in grösseren Dosen und in allen Fällen stand die Blutung, offenbar in Folge dieses Medicaments; auch das Allgemeinbefinden besserte sich. Dass die Wirkung des Chinins hier keine specifische auf den Uterus allein war, ist wohl anzunehmen und dürfte überhaupt die blutstillende Eigenschaft des Chinin bei Uterinblutungen mehr auf seiner antiperiodischen Kraft beruhen als auf einer dem Secale ähnlichen Wirksamkeit. Deshalb wird die Wirksamkeit des Chinin in jenen Fällen von Metrorrhagie am grössten sein, in denen die Malaria eine aetiologische Rolle spielt. [Die Wichtigkeit dieser Beobachtung ist hauptsächlich in Amerika offenbar, wo die vielfach nachlässig construirte Drainage der Häuser, abgesehen von den wirklichen Wechselfieber-Gegenden, zu mannigfachen, sehr oft mysteriösen Krankheitserscheinungen Veranlassung giebt, deren Charakter dadurch erwiesen wird, dass nach Chinin und anderen antiperiodischen Mitteln, und nach Desinfection, Heilung eintritt. Ref.] **P. F. Munde** (New-York).

---

19. **Th. Annandale.** Grosser Hydatidentumor des Netzes. Erfolgreiche antiseptische Incision.

(Brit. med. Journal 1877. Jan. 27. p. 99.)

Eine 32jährige Frau hatte 8 Jahre zuvor nach Geburt des 1. Kindes eine kleine Geschwulst im Unterleib bemerkt; dieselbe begann 2 Monate vor der Aufnahme nach Geburt des 5. Kindes rascher zu wachsen. Es fand sich im Unterleib ein Tumor von der Form einer Ochsenniere. Ein Zusammenhang konnte mit der Leber oder andern Organen nicht nachgewiesen werden, dagegen mit dem Netz. Die 2. Punction hatte Hakenkränze ergeben, es folgt darauf Vereiterung mit hoher Fiebersteigerung. Es wird nun die kindskopfgrosse Cyste durch eine Incision in der Mitte eröffnet, entleert, die Wände in die Bauchwunde eingenäht, da der Tumor mit dem Netz und den hinter ihm liegenden Unterleibseingeweiden fest zusammenhing. 2 Drainröhren wurden eingelegt, die Heilung erfolgte in 3 Monaten unter antiseptischer Nachbehandlung. **Fehling** (Stuttgart).

---

20. **Boissarie.** Rechtseitige multiloculäre Ovariencyste. Operation.

(Gaz. de Hôp. 1877. No. 3. p. 19.)

Nachdem Verf. zunächst die Wichtigkeit der zeitigen Exstirpation multiloculärer Geschwülste betont hat, berichtet er folgenden Fall: Frau von 40 Jahren, hat seit 18 Monaten das Wachsen eines Tumor

in der rechten Seite bemerkt. Bei der Punction flossen 2 Liter Flüssigkeit ab. Da der Tumor rapid wuchs wurde oft, zuletzt alle 7—8 Tage punctirt. Endlich Operation. Incision von 25 Ctm., totale Adhaerenz, fest aber gefässarm; die Incision wird bis zur Pubis verlängert. Der adhärente multiloculäre Tumor erstreckt sich von der Leber und dem Diaphragma bis tief hinab ins Becken. Um den Tumor zu verkleinern werden grosse Schnitte durch denselben gemacht. Endlich gelingt es zum kurzen dicken Stiel zu kommen. Hier werden noch 2 Adhaerenzen an Uterus und Rectum nach vorläufiger Unterbindung abgetrennt. Da der Stiel zu kurz ist lässt man einen Schlingenschnürer (serre- noeud) an ihm. Operationsdauer $2^1/_2$ Stunde. Der Tumor auf 50 Pfund geschätzt, am 4. Tage Entfernung des Schlingenschnürers. Nachdem sich Pat. 5 Tage gut befunden, tritt Peritonitis ein, Tod am 7. Tage nach der Operation.

Fritsch (Halle a/S.).

---

21. **A. Hegar.** Zur Ovariotomie.

(Sammlung klinischer Vorträge, No. 109. Herausgegeben von **R. Volkmann.**)

Verf. giebt zunächst eine Uebersicht über die in den letzten 3 Semestern von ihm ausgeführten Ovariotomieen, 15 an Zahl, die sämmtlich günstig verliefen. Von diesen waren 7 nicht complicirte, 8 complicirte Fälle. Vollständig glatt war der Verlauf 9 Mal, darunter 3 Mal ausschliessliche Klammerbehandlung. Der Verlauf der Genesung war durch mehr oder weniger bedeutende Störungen unterbrochen in 6 Fällen, darunter 4 Mal intraperitoneale Abscedirung mit Perforation entweder durch Bauchdecken oder Darm — stets waren dann Ligaturen versenkt worden, — nur einer dieser Fälle war ein nicht complicirter gewesen. 2 Mal sind neben der Klammer Ligaturen versenkt, ein Verfahren, das Verf. jetzt nicht mehr billigt.

Die prophylaktische Desinfection wurde stets mit grösster Gewissenhaftigkeit durchgeführt; das Operationslocal den Tag vorher ausgeschwefelt, darauf noch Gefässe mit Chlorkalk darin aufgestellt. Zum Eintauchen der Instrumente, Hände und Schwämme und zur Toilette wird frisch bereitete Aqua chlorata verwandt. Von den Anwesenden darf keiner 5—6 Tage vorher die Anatomie besucht, einer Section beigewohnt, keinen Kranken mit Pyämie, Diphtheritis etc. gesehen haben. Zur Ligatur werden nur Seidenfäden benutzt, die Bauchwunde wird mit Drahtnähten geschlossen, um das Abdomen nachher ein Compressivverband mit Watte gelegt. Drainage des Douglas ist nie gemacht worden. Um die Erscheinungen, welche in der Bauchhöhle zurückgelassene Gewebe, Flüssigkeiten oder Fremdkörper machen, kennen zu lernen, reichen die Versuche von Maslowsky, Spiegelberg und Waldeyer noch nicht recht aus. Das Schicksal vollständig getrennter Gewebsstücke studirte Vf. an 2 Hunden, denen er Muskelstücke ihrer eigenen Oberschenkel in den Peritonealsack legte, dieselben waren nach einigen Wochen vollstän-

dig resorbirt. Die Beobachtung am Menschen lehrt, dass abgeschnürte Gewebsstücke entweder unschädlich abgekapselt werden, oder dass sie rasch zerfallen und septische Vergiftung mit Peritonitis erregen, oder dass durch sie circumscripte Peritonitis mit Eiterung und ihren Consequenzen (Durchbruch) auftritt. Ein solcher Bauchabscess bildet sich gewöhnlich bald nach der Operation, oft aber auch erst sehr spät, wie der von Hüffel mitgetheilte Fall (20 Monate nach der Operation) beweist.

Nichtsdestoweniger kann man in der Zurücklassung genannter Körper in der Bauchhöhle sehr weit gehen.

Blutig-seröses Transsudat kann in grosser Menge im Bauche bleiben; vor der reichlichen Bildung eines solchen schützt man sich am besten durch baldigen Schluss der Wunde und Compressivverband. Auch Blut wird wenigstens in kleinen Mengen leicht resorbirt. Grössere Blutmengen z. B. nach grösseren Abtrennungen des Peritoneums ergossen sind auf alle Fälle zu entfernen. Um diese zu vermeiden empfiehlt Vf., wie er in einem Falle (15.) gethan, das Peritoneum wieder anzunähen — vielleicht am besten die Suturen bis auf die Bauchoberfläche zu führen und dort über Korkschnittchen zu knoten. Auch dass Cystenflüssigkeit in nicht zu grosser Quantität und feste Massen ohne dem Gesammtorganismus zu schaden, resorbirt werden können, beweist die Beobachtung. Nur dann, wenn von festen Massen vorauszusehen ist, dass dieselben in grösseren Theilen nekrotisch abgestossen werden, bleibt die Drainage des Douglas oder das Offenhalten der Bauchhöhle nach oben übrig.

Küstner (Halle a/S.).

---

22. **G. Antal.** Experimentelle Studien über die Massenligatur der Gefässe der Ovarien. Vorläufige Mittheilung.

(Allgem. med. Centralzeit. 1877. Hft. 12.)

Noch vor dem Erscheinen der Hegar'schen Arbeit über die Exstirpation der Ovarien behufs Erzielung eines frühzeitigen Klimax befasste sich Vf. mit der Idee, ob es nicht möglich wäre, unter gewissen Umständen in geeigneten Fällen von Ovarialkrankheiten (Cysten) durch Massenligatur der Ovarialgefässe ein günstiges Resultat zu erzielen. Aus den zum Theil noch nicht zum Abschluss gekommenen Experimenten an Hunden und Kaninchen kommt Verf. zu dem Resultat, dass die Unterbindung der Gefässe der Ovarien sich der totalen Exstirpation gegenüber als geringerer Eingriff und als zweckmässig erweisen dürfe, dass ferner bei Operationen von solchen Ovariencysten, wo wir uns nach gemachtem Bauchschnitte überzeugen, dass die vorhandenen Adhäsionen zu lösen nicht räthlich wäre und wir demnach von der Exstirpation abstehen müssten, es vielleicht zu versuchen wäre durch den ohnehin schon gemachten Bauchschnitt

den Stiel im Ganzen oder in Portionen nach vorher gemachter Punction zu unterbinden.

Ueber das, was nun mit den Cysten werden soll, giebt Vf. keine Auskunft. **Schellenberg** (Leipzig).

---

23. **M. Ullac.** Carcinom der Ovarien; retrouterine Phlegmone; Darmverschliessung; künstlicher After; Uebergang des Carcinoms auf das Peritoneum.

(Gaz. obstetr. 1877. No. 2.)

Eine 26jährige Person wurde während einiger Monate an einer periuterinen Phlegmone, über deren Aetiologie man nicht im Klaren war, behandelt. Eine plötzliche Darmverschliessung machte die Anlegung eines künstlichen Afters nöthig, bald darauf erfolgte der Tod.

Die Section ergab: Alle Organe des kleinen Beckens, Blase, Uterus, Ovarien, S. Romanum und Rectum durch zahlreiche Adhäsionen in eine einzige Masse verwachsen, in welche sich eine Schlinge der unteren Partie des Dünndarms verliert. Hier war die Stelle der Verschliessung. Als Ausgangspunct der ganzen Affection fand man die carcinomatös degenerirten Ovarien. Das ganze Peritoneum war mit kleinen Carcinomknoten durchsetzt.

Schellenberg (Leipzig).

---

23. **G. Kimbal** und **E. Cutter.** Die Behandlung solider Uterusfibroide mit Electrolysis.

(Americ. Journal of obstetr. 1877. Jan. p. 117.)

Die Operationsmethode wird zunächst durch Mittheilung eines Falles beschrieben: Eine Negerin, 35 Jahr alt, hat ein grosses, multilobäres Fibroid, von der Grösse eines im 8. Monat schwangeren Uterus. Pat. ist 3 Mal mit Electrolysis behandelt. Die Electroden sind $7^1/_2$ Zoll lange Stilets. Ohne Anwendung von Chloroform, Aether oder Opium wird das eine Stilet 4 Zoll tief nach hinten von der Gegend oberhalb des Nabels aus eingestochen, das andere etwas unterhalb, dann wird die Batterie geschlossen und wirkt 15 Minuten. Dieselbe Procedur wird sofort an einer anderen Stelle noch einmal vorgenommen, ohne dass irgend welche Reaction folgt. Als Batterie gebrauchen Verf. 8 Stück Zink-Kohlen-Elemente, 6 bez. 9 Zoll lang. Die Electroden sind speciell zu dieser Operation erfunden. Man hofft die fernere Entwickelung der Fibroide zu verhindern. Die Operation wird 1—19 Mal vorgenommen, 1 Mal täglich, bis 2 Mal monatlich. In 26 Fällen wurde das Wachsthum aufgehalten, in 10 gelang es nicht diesen günstigen Einfluss zu erlangen. In 23 Fällen verringerte sich die Grösse, in 13 nicht. In 2 Fällen handelte es sich um maligne Tumoren. 2 Fälle endeten durch tödtliche Peritonitis. Kein Einfluss zeigte sich 4 Mal. Die Tumoren verschwan-

den 3 Mal vollständig. Bei der grössten Mehrzahl besserten sich die Symptome, so verringerte sich der Ascites, die Dyspnoe, die Schmerzhaftigkeit etc. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

25. **M. A. Rabuteau.** Untersuchungen über die physiologischen Eigenthümlichkeiten und die Art der Ausscheidung des »Ether bromhydrique«.

(Referat aus der Acad. des science.)

(Bulletin général de therap. 1877. Bd. I. p. 29.)

Nach R.'s Untersuchungen über den »Ether bromhydrique (C^2H^3Br) ist dies neue Anästheticum in mancher Beziehung dem Chloroform gleichzustellen oder vorzuziehen. Thierexperimente zeigten, dass Anästhesie nach dem neuen Mittel schneller eintritt und auch schneller wieder aufhört. Der Ether br. wirkt nicht caustisch und irritativ, man kann ihn selbst auf Schleimhäute ohne Gefahr appliciren. Dosen von 1—2 Grm. in den Magen eingeführt, wirken schmerzstillend und stören den Appetit nicht. Das Mittel entweicht dem Organismus fast ganz durch die Respirationsorgane; auch wenn es vom Magen aus resorbirt wird, kann man kaum Spuren im Urin nachweisen. Im Wasser löst sich zwar der Ether br. nicht, aber doch behält das Wasser, mit welchem der Ether geschüttelt wurde, einen angenehmen Geruch und ist im Stande, Frösche, welche in das Wasser gesetzt wurden, binnen 10—15 Minuten zu betäuben.

Fritsch (Halle a/S.).

---

26. **Koster.** Ueber Vorkommen von Luft in den Lungen todtgeborener Kinder.

(Nederl. Tydschr. vor Geneesk. 1877. Nr. 1.)

Vf. legt die Frage vor: ob es nicht möglich sei, dass Luft in die Lunge von todtgeborenen Kindern ohne die bekannten Ursachen gerathe (Fäulniss und Einblasen von Luft). Vf. vermuthet, dass vielleicht bei reifen Kindern Zug an den Rippen, zufällige kräftige Bewegung, z. B. Fallen, oder Werfen durch Aspiration eine solche Inspiration selbst bei todtgeborenen Kindern bewirken könne.

Vf. beschreibt einen Fall, wo der Tod des Kindes nachweisbar eine Stunde vor der Geburt eingetreten war. Nach der Geburt wurden keine ernsthaften Versuche gemacht, die Respiration in Gang zu bringen, nur hatte der Geburtshelfer das Kind an einem Arme herumgeschleudert und bei diesem Manöver war ein Blasen gehört worden. Die Section wurde bald nachher gemacht, die Trachea unterbunden und nachdem die Lungen herausgenommen waren, sah man die obersten Partieen beider Lungen auf dem Wasser schwimmen; diese Partien waren röthlich gefärbt.

Es hat Vf. bis jetzt das nöthige Material gefehlt, um weitere Versuche in dieser Richtung anzustellen. **Simon Thomas** (Alkmaar).

---

27. **Simpson.** Fall von intrauteriner Peritonitis des Foetus.

(Edinb. med. Journal 1877. Febr. Bd. CCLX. p. 757.)

Es lag hereditäre Syphilis vor. Bei der Section des Kindes fand man universelle Peritonitis, die jedenfalls schon lange bestanden hatte. Vom Fundus uteri zog nach dem Colon eine feste Adhäsion. Diese würde wohl, falls das Kind am Leben geblieben wäre, eine Uterusverlagerung bewirkt haben können. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

28. **E. Gauderon.** Ueber idiopathische acute Peritonitis der Kinder, und Heilung derselben mit Durchbruch des Eiters durch den Nabel.

(Thèse de Paris. De la Haye.)

(Gaz. hebdom. 1877. Januar 5.)

Die Ueberschrift besagt das meiste. Ein 4jähriges Mädchen erkrankt an Peritonitis, nach 4 Tagen am Nabel ein Tumor, der für eine Hernie gehalten wird, aber bald spontan Eiter entleert ($1^1/_2$ Liter). Vf. führt noch 11 Beobachtungen an und sagt, dass am ehesten Verwechslung mit subperitonealer Phlegmone möglich sei. **Fehling** (Stuttgart).

---

29. **Kind.** Ueber die geschwisterlichen Verhältnisse der Idioten.

(Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie und psych. gerichtl. Med. von **Heinrich Laehr.** Bd. XXXIII. p. 595.)

9,5 % der Idioten sind unehelich gezeugt. 29,07 % Erstgeborene. Idioten stammen aus kinderreichen Ehen, auf jede bez. Ehe kamen 5,15 Kinder. 32,64 % der Idiodengeschwister leiden an schweren Hirn- und Nervenstörungen. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

30. **Gillette.** Ein Fall von Intussusception bei einem 9 Monat alten Kinde.

(Americ. Journal of obstetr. 1877. Jan. p. 101.)

Ein Kind erkrankt unter den Symptomen der Intussusception. Nach einem Brechmittel wird Blut aber keine Faeces mehr ausgebrochen. Sowohl vom Rectum als von den Bauchdecken aus war der Tumor zu entdecken. 2 Quart Wasser wurden kräftig in den Anus gespritzt. Auch an ein Aufblasen des Darmes mit Kohlensäure wurde gedacht. Doch trat nach Abgang eines Stückes Schleimhaut Heilung ein. **Fritsch** (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S., an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Erster Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 10 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 4. **Sonnabend, den 12. Mai.** **1877.**

Inhalt: 1. **Leopold**, Thrombose der Uterusvenen. (Original-Mittheilung.)
1. **Puech**, Regelwidrigkeit der Menstruation. — 2. **Martel**, 3. **Taylor**, Eclampsie. — 4. **Rubé**, Vorfall von Gliedmassen. — 5. **Raborg**, 6. **Landau**, Künstliche Frühgeburt. — 7. **Reimann**, Abnorme Zwillingsgeburten. — 8. **Lamy**, Entbindungen bei extrauteriner Gravidität. — 9. **Tarnier**, Neues Embryotom. — 10. **Godson**, Entbindung bei Epitheliom der Cervix. — 11. **Benicke**, Versionen und Flexionen. — 12. **Griffith**, 13. **Engelmann**, Fibroide. — 14. **Keith**, 15. **Wells**, 16. **Gillette**, Ovariotomie. — 17. **Barlacchi**, 18. **Nöggerath**, 19. **Withehead**, Exstirpation des Uterus. — 20. **Galabin**, Amputation der Cervix. — 21. **Ruge**, Fötus sanguinolentus. — 22. **Verneuil**, Mortalität bei Blasenfistel-operationen. — 23. **Le Fort**, Prolapsoperation. — 24. **Gamgee**, Scirrhus mammae. — 25. **Gurlt**, Missgeburten. — 26. **Soltman**, Hemmungsnerven. — 27. **Kroner**, Historisches über Kinderkrankheiten. — 28. **Giovanardi**, 29. **Gellé**, Ohrprobe. — 30. **Theremin**, Dünndarmocclusion. — 31. **Köhler**, Leberruptur.

I. Die spontane Thrombose zahlreicher Uterinvenen in den letzten Monaten der Schwangerschaft.

Von

Dr. G. Leopold,

Privatdocent in Leipzig.

Im Jahre 1870 machte Friedländer (Physiologisch- anatomische Untersuchungen über den Uterus. Leipzig) zuerst darauf aufmerksam, dass schon im achten Monate der Schwangerschaft, in noch höherem Maasse zur Zeit der normalen Geburt ein grosser Theil der unterhalb der Placentarstelle gelegenen Uterinsinus, theils durch Anhäufung grosser granulirter Zellen, theils durch Gerinnung des Blutes, theils durch Bildung eines jungen Bindegewebes verstopft und für den Blutstrom unwegsam werde. In einer spätern Arbeit (Ueber die Innenfläche des Uterus post partum, Archiv für Gynäkologie Bd. IX.

Hft. 2) theilt er mit, dass er sich in zahlreichen Fällen von der Regelmässigkeit dieses Vorkommens überzeugt habe und dass der beschriebene Zustand mit der grössten Sicherheit als zu dem normalen Entwickelungsgang der Schwangerschaft angehörig aufzufassen sei.

Nach F. geschieht diese Verstopfung dadurch, dass die im Gefässlumen angehäuften grossen vielkernigen Zellen, welche mit den bekannten Riesenzellen der Muscularis und Serotina grosse Aehnlichkeit haben, aus dem Nachbargewebe in die Blutgefässe einwandern.

Diese Beobachtung Friedländer's, welche mir der vollsten Beachtung werth erscheint, habe ich in 6 daraufhin mit untersuchten Uteris (2 aus dem 8. und 4 aus dem 9. Monat) jedesmal in der Hauptsache bestätigt gefunden; nur sind einige ergänzende Bemerkungen hinzuzufügen:

In der Uterusmuskulatur sieht man an der Placentarstelle zahlreiche weite und engere Gefässlumina, deren Wand oft nur ein einfacher Endothelsaum bildet. Es sind die bekannten Uterusvenen, von denen die in den innersten Lagen der Muscularis, zumal die in der Serotina befindlichen von zahlreichen Riesenzellen umgeben sind. Von diesen normalen Venen lassen sich die unzweifelhaftesten Uebergänge bis zu vollständig verstopften Gefässen beobachten. Zunächst sieht man, wie um eine oder mehrere, dicht beisammenliegende Venen sich feine, hellere Ringe als Gefässwand bilden, die eine homogene oder feingestreifte bis fibrilläre Grundsubstanz haben. Diese letztere ist durchsetzt von einzelnen bis zahlreichen Riesenzellen, welche genau die Form und Grösse der aussen befindlichen haben und ebenso vollkommen übereinstimmen mit denen, welche das Gefässlumen in grösserer oder geringerer Anzahl erfüllen.

Indem man, zumal auf einer fortlaufenden Reihe von Schnitten, beobachtet, wie die Riesenzellen allmälig bis zur Gefässintima vordringen und, diese abhebend oder vor sich her drängend, sich im Lumen anhäufen, so kann es für diese Bilder nur die Erklärung geben, dass die Riesenzellen in die Uterinvenen einwandern.

Hierdurch tritt zunächst Blutstockung und Blutgerinnung kleinere und grössere Strecken weit auf; die Gefässwand wird immer stärker, bis endlich das Gefäss nur noch einen feinen, unregelmässigen Canal hat oder ganz verschlossen ist. Häufen sich, wie es nicht selten ist, derartige Obliterationen in grösserer Menge an, so ist es begreiflich, dass in den letzten Monaten der Schwangerschaft allmälig eine stärkere venöse Hyperämie der Placenta die Folge sein muss, deren physiologische Bedeutung weitere Untersuchungen zu erörtern haben. Es möchte hier nur darauf hingedeutet sein, dass die zahlreichen Venenthrombosen in Folge der daraus hervorgehenden Umänderung des Placentarblutes mit den ersten Wehen einer jeden Geburt höchst wahrscheinlich in einem ursächlichen Zusammenhang stehen (Brown-Séquard, Kehrer).

Ausführlicheres hierüber wird mitgetheilt werden in einer im Archiv für Gynäkologie Bd. X. Hft. 3. erscheinenden Arbeit: 'Die Uterusschleimhaut während der Schwangerschaft und der Bau der Placenta.

---

1. **A. Puech.** Ueber eine während der ganzen Dauer des Geschlechtslebens persistirende Regelwidrigkeit der Menstruation.

(Gaz. obstétr. 1877. No. 1.)

Die wichtigsten Momente dieser im Hospital zu Toulon an einer älteren, den besseren Ständen angehörigen, virginalen Person gemachten Beobachtung sind:

1) Vollständige Abwesenheit der Menstruation während der ganzen Dauer der sexuellen Thätigkeit.

2) Im 15. Jahre nach einem heftigen Aerger nervöse Störungen, gefolgt von einer Hämoptyse, welche sich während 3 Jahren alle Monate wiederholte.

3) Im 18. Jahre, nach einer Pause von 4 Monaten, Ersetzung durch Hämorrhagien aus den Fingerspitzen.

4) Im 21. Jahre monatliches Blutbrechen, welches sich, 26 Jahre hindurch alle 4 Wochen wiederholte.

5) Im 47. Jahre verschwindet das Blutbrechen mit Auftreten eines Uterusmyomes. Nach einer ziemlich rapiden Entwickelung desselben und nachdem schon Zeichen von Druck auf Blase und Mastdarm aufgetreten waren, erfolgt dann eine deutliche Verkleinerung des Tumors, vielleicht in Folge der Behandlung: subcutane Ergotininjectionen und Jodkalium. **Schellenberg** (Leipzig).

---

2. **Martel.** Eclampsie in der Schwangerschaft ohne Vorboten. Heilung.

(Arch. de Tocol. 1877. Febr. p. 118.)

Eine Multipara, die als Kind an Chorea gelitten, erkrankt an Eclampsie. Nach den ersten Anfällen wird Chloral und ein Aderlass angewendet, die Geburt kommt in den Gang; nach Ausstossung eines frühzeitigen lebenden Kindes tritt Heilung ein. Urin war eiweisshaltig. — Bei einem Fall von Eclampsie im Wochenbett erfolgt nach einem Aderlass von 600,0 Heilung. Der Fall betraf eine Primipara, die kurz zuvor mittelst der Zange entbunden war.

Fehling (Stuttgart).

---

3. **W. T. Taylor.** Zwei Fälle von Eclampsie.

(Americ. Journal of obstetr. 1877. Jan. p. 125.)

1. Frau von 24 Jahren war im 7. Monat der Gravidität total ödematös und litt an enormen Kopfschmerz. Es treten eclamptische Anfälle ein, denen Bewusstlosigkeit folgt. Blutentziehungen, kalte

Umschläge auf den Kopf, Sinapismen auf die Beine, Aetherinhalationen. Puls voll und hart, Gesicht congestionirt. Os uteri fest geschlossen. Die Anfälle lassen allmälig nach; Diuretica beseitigen das Oedem; Bewusstlosigkeit dauert einige Tage. Nach 3 Wochen wird ein macerirter Fötus ausgestossen.

2. Frau von 33 Jahren, im 6. Monat der Gravidität, leidet seit einigen Wochen an Kopfschmerz und Schläfrigkeit. Hierauf treten, nachdem Erbrechen und Magenschmerzen vorausgingen, eclamptische Anfälle ein. Behandlung, wie im vorigen Fall. Dilatation des Muttermundes mit Finger und Dilatatorium. Extraction des Fötus in Steisslage. Tod nach circa 12 Stunden. Keine Section.

In der Discussion empfiehlt Keating das Jaborandi, von welchem er in ähnlichen Fällen guten Erfolg sah. Goodell wendete in seinen letzten 6 Fällen Chloralhydrat mit günstigem Einfluss an. [Ref. möchte bemerken, dass gerade bei der Eclampsie die Praxis jedes theoretische Schema über den Haufen wirft. Ref. sah hintereinander 7 Fälle bei der Anwendung von Anästheticis günstig enden. Die nächsten 3, ebenso behandelt, endeten tödtlich. Das einig Sichere ist, dass die Prognose um so besser ist, je eher der Arzt eingreift. Kann man nach 1—2 Anfällen mit der Narkose beginnen, so kehren häufig keine Anfälle wieder.] **Fritsch** (Halle a/S.).

---

4. **Rubé.** Ueber Vorfall von Gliedmassen, als Complication von Kopflagen.

(Arch. de Tocol. 1877. Jan. u. Febr.)

Vorfall von Gliedmassen findet sich entsprechend der Häufigkeit der Schädellagen besonders bei diesen, bei Gesichtslagen selten; Vf. fand nur 8 Fälle in der Literatur.

Einfach ist ein Vorfall, wenn nur obere oder untere Gliedmassen vorfallen. Vorfall der untern Extremität soll bei Kopflage fast immer mit Vorfall des Arms und der Nabelschnur verbunden sein. Complicirt ist der Vorfall, wenn ein oder beide obern Extremitäten neben einer oder beiden untern vorliegen. Die Zahlen über Frequenz lauten verschieden 1 : 24 bis 1 : 5000. Die ersteren, klinischen Anstalten entnommen, sind wohl richtiger. Die Ursachen zum Vorfall können ausgehen von der Frucht: Kleinheit, Beweglichkeit des Fötus, unregelmässige Einstellung des Kopfes, Schieflage, Zwillinge, Selbstwendung; von der Mutter: Hydramnios als Ursache weist Vf. ziemlich schroff und unbegründet zurück. Dagegen nimmt er als veranlassend an: plötzlichen Abgang des Fruchtwassers, Beckenweite, besonders aber Beckenenge, seitliche Schieflage des Uterus, wiederholte Schwangerschaft; vom Geburtshelfer: fehlerhaftes Herabbringen der Arme statt der Beine bei der Wendung. Die Prognose soll für gewöhnlich gut sein, selbst bei complicirten Vorfällen; eine Ansicht, die Cazeaux nicht theilt. Als üble Folgen beschreibt Verf. lange

Dauer der Geburt. Dass Gangrän und Urinfisteln dadurch bedingt würden, wird wohl schwerlich vorkommen. Dagegen langsames Vorrücken, ausbleibende Drehung des Kopfes.

Durch gegenseitigen Druck der Theile entsteht Kopfgeschwulst und Anschwellung des vorgefallenen Theiles, in ganz seltenen Fällen Knochenverletzungen des letzteren.

Bei Besprechung der Prognose führt Vf. die Behauptung Simpsons an, dass bei in den Nacken geschlagenen Arm die Geburt natürlich vor sich gehen könne, während nach Playfair in einem solchen Fall die Embryotomie gemacht werden musste.

Bei stehender Blase soll es fast unmöglich sein, Hand oder Fuss zu unterscheiden, Vf. traut sich hier wohl etwas zu wenig zu. Bei der Diagnose soll man stets an Zwillingsschwangerschaft denken.

Was die Therapie betrifft, so giebt Vf. in Betreff der Reposition u. s. w. nicht Neues an. In Betreff des operativen Eingreifens stellt er Grundsätze auf, die von den in Deutschland geltenden sehr verschieden sind. Er verwirft die Wendung auf die Füsse in diesen Fällen vollständig, weil für Kind und Mutter eine schlechte Prognose gebend, empfiehlt dagegen die Zange, auch wenn der Kopf noch im Beckeneingang stehe, besonders betont er dies für den Fall eines engen Beckens.

Für schwierigere Fälle zieht er van Huevel's Forceps-scie dem Cephalothryptor vor.

Leider illustrirt Vf. seine Grundsätze nicht durch die Resultate seiner Praxis. **Fehling** (Stuttgart).

---

5. **S. A. Raborg.** Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch die Douche mit unterbrochenem Strom.

(New-York med. Journ. 1876. Nov.)

Im Gegensatz zu Kiwisch's constanter Douche, wird vom Verf. der unterbrochene Strom warm empfohlen. Verf. ging von der Idee aus, dass ein stossweiser in die Vagina injicirter oder unterbrochener Strom heissen Wassers mehr geeignet sein wird das untere Uterinsegment zu reizen und regelmässige intermittirende Contractionen hervorzurufen, als der constante Strom. Theils durch die mechanische Gewalt, mit der er den Uterus trifft und theils durch die contrahirende Wirkung, welche das heisse Wasser auf die Uteringefässe ausübt, werden die Contractionen bald von einer entsprechenden zur Thätigkeit anregenden Dilatation und Hyperämie der Gefässe gefolgt sein. Zum Beweise der Richtigkeit seiner Hypothese berichtet Verf. über drei künstliche Frühgeburten, zwei Ende des achten, eine Ende des siebenten Monats an derselben Frau ausgeführt. Bei der ersten Entbindung wendete Verf. den unterbrochenen Strom an, bei der zweiten den Kiwisch'schen constanten (des Vergleiches halber), in der dritten wieder den unterbrochenen. Die Frau hatte eine hochgradige Beckenenge, Conjugata vera $2^3/_4$ Zoll. Sie hatte vier Kinder

geboren, von denen zwei perforirt werden mussten und zwei, beide sehr klein, vier und fünf Pfund wiegend, lebend geboren wurden. Die unterbrochene Douche wurde derart angewendet, dass zwei bis drei Mal täglich $4^1/_2$ Liter, jedesmal zwei Gallonen Wasser von 100° F. Temperatur mittelst einer Spritze oder Clysopompe aus Gummi (sog. Davidson's Syringe, aus welcher das Wasser ruckweise durch Druck mit der Hand auf einen Gummiballon ausgestossen wird), gegen die Vaginalportion gespritzt wurden. Die allgemeine Reaction gegen diese Behandlung war gering, dagegen die locale Wirkung eine allmälige und sehr befriedigende.

Die constante Douche wurde auch dreimal täglich gegeben, und ebenfalls zwei Gallonen Wasser zu 100° F. eingespritzt. Nach einigen dieser constanten Injectionen wurde die Patientin von ohnmachtähnlicher Schwäche befallen. Sonst ging Pat. wie gewöhnlich bei allen drei Entbindungen im Hause umher, und fuhr auch einige Male aus. Nach jeder Injection wurde, um die auf das heisse Wasser leicht folgende Trockenheit der Scheidenschleimhaut zu verhindern, 30 Gramm Olivenöl eingespritzt. — Die Resultate in diesen drei Entbindungen waren folgende: 1. Kind. Unterbrochener heisser Strom mit Davidson's Spritze. Geburtsdauer 5 Tage, 12 Stunden. Geburtsverlauf durchaus günstig, Kind lebend. — 2. Kind. Kiwisch'sche constante Douche, später von Barnes Gummi-Dilatatoren unterstützt, da die von der Douche erregten Wehen am sechsten Tage ganz nachliessen, schliesslich Sprengung der Blase. Querlage, Wendung, Kind scheintodt, nicht belebt. Geburtsdauer 9 Tage, 23 Stunden. — 3. Kind. Unterbrochener Strom, wie bei 1. Geburtsdauer, 5 Tage, $11^1/_2$ Stunden. Kind lebend. — Puerperium nach allen drei Entbindungen gut. **P. F. Munde** (New-York).

---

6. **L. Landau.** Ueber Indicationen und Werth der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken.

(Arch. für Gynäkologie Bd. XI. p. 1.)

L. weist nach, dass die bisherigen Statistiken, welche zur Empfehlung der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken aufgestellt sind, Fehlerquellen enthalten, welche die Verwerthung der Statistik unmöglich machen. Verf. kommt zu dem Resultat, dass die künstliche Frühgeburt eine Empfehlung für die Praxis nicht verdiene.

In ähnlicher Weise hatten bereits früher Spiegelberg, Scanzoni und Litzmann den vielgepriesenen Werth der künstlichen Frühgeburt auf den reellen zurückzuführen gesucht, dagegen suchte Dohrn mit einer kleinen Statistik den Werth der künstlichen Frühgeburt gegenüber anders verlaufenen Geburten an denselben Personen abzuwägen. Spiegelberg jedoch sowohl als Dohrn kommen etwa zu dem Resultate, dass die künstliche Frühgeburt indicirt sei bei mässiger Beckenenge (unter 8 Ctm. Spiegelberg).

Jedoch auch diese Indication ist ohne Weiteres nicht zu acceptiren, es ist nicht die Conj. vera allein als massgebend hinzustellen, sondern auch der Querdurchmesser ist zu berücksichtigen. Schon Litzmann unterschied streng zwischen allgemein verengtem und plattem Becken. Das genügt aber noch nicht; denn zwei Becken mit derselben Conj. und derselben Beckenform angehörend können in anderen, an der Lebenden nicht zu messenden Durchmessern, ungeheuer differiren. Auch die klinische Erfahrung sagt uns ja, dass die Geburten bei Frauen mit gleicher Conjugata und derselben Beckenform ganz verschieden verlaufen können.

Ein zweiter Hauptmangel der Statistiken beruht darin, dass sie aus Fällen zusammengesetzt sind, die von verschiedenen Geburtshelfern nach verschiedenen Principien behandelt wurden. Während solche Fehler bei anderen Statistiken durch grosse Zahlen und mittelst sehr exacter Berechnung möglichst paralysirt werden, so geschieht dies bei unsern Statistiken nicht.

Endlich ist einzuwenden, dass fast als einziger Werthmesser die Mortalität verwendet ist; ebenso ungenügend für diesen Zweck ist die Morbilität (von Dohrn verwendet). Da es doch nachgerade feststeht, dass die sogenannten Puerperalerkrankungen auf Infection beruhen, welche mit einem Eingriff als solchem gar nichts zu thun zu haben braucht, so ergiebt sich, dass nach diesem Princip aufgestellte Statistiken werthlos sind.

Was nun die von Spiegelberg und Dohrn aufgestellte Indication selbst betrifft (die mittlere Beckenenge in dem Falle dass frühere Geburten schon schwer verliefen), so ist zu bedenken, dass erfahrungsgemäss gerade bei dieser Beckenenge der Verlauf der Geburten ein ganz unberechenbar verschiedener ist. Schliesslich ist zuzugeben, dass die genaue Bestimmung des Graviditätstermines ein im Interesse der Frucht nothwendiges Requisit zur rationellen Einleitung der künstlichen Frühgeburt, unmöglich ist. **Küstner** (Halle a/S.).

---

7. **Reimann.** Ueber gleichzeitiges Eintreten der Köpfe zweier Zwillinge in das Becken.

(Amer. Journ. of obstetr. 1877. Jan. p. 47.)

Verf. bespricht zunächst in sehr vollständiger Weise die gesammte deutsche, englische und französische Literatur der vorliegenden Complication. Dann werden zwei neue Fälle mitgetheilt. Im ersten wurde der Kopf des einen Zwillings mit der Zange entwickelt, als dann die Extraction nicht gelang, entdeckte man den Kopf des zweiten im Becken. Während der Kopf des ersten möglichst herabgezogen und nach der Symphyse hingehalten wurde, gelang es den zweiten Kopf mit der Zange zu fassen und zu entwickeln. Beide Kinder waren todt, die Mutter, I. par., starb am 5. Tag an Peritonitis. Der zweite Fall betraf ebenfalls eine I. par. Als nach Geburt

des ersten Kopfes die Geburt cessirte und die Diagnose auf gleichzeitiges Eintreten des zweiten Kopfes gestellt war, schnitt der Accoucheur den ersten Kopf ab, schob den Rumpf möglichst nach oben und extrahirte dann mit der Zange das zweite, todte Kind. Die Mutter genas, bis auf eine Vesicovaginalfistel.

Eine ausführliche, sorgfältige Statistik zeigt die sehr grosse Gefährlichkeit dieser Complication, für Mutter und Kinder.

Bezüglich der Therapie kommt Verf. zum Schluss, dass das zweite Kind vor dem ersten zu entwickeln ist. So bringt auch die Natur die spontanen Geburten zu Stande. Nur in einem Falle hat die Zangenapplication an den zweiten Kopf nicht zum Ziele geführt.

Fritsch (Halle a/S.).

---

8. **Lamy.** Entbindung während extrauteriner Gravidität.

(Journ. de méd. et de chir. prat. 1877. Jan. XLVIII. 1. p. 27.)

Bei einer Frau kehrte nach der am 1. Aug. erfolgten normalen, zweiten Entbindung, die Menstruation Ende Sept. wieder, und cessirte Ende October. Am 17. Dec. entstand Tympanitis. Häufiges Erbrechen, Collaps, Ohnmachten, sehr kleiner Puls und Druckempfindlichkeit des Leibes traten ein. Danach völlige Besserung. Am 24. Dec. kehren sämmtliche beängstigenden Symptome noch stärker wieder. Am 30. Dec. ist Palpation möglich. Verf. constatirt einen linksseitigen, runden Tumor von der Grösse eines im dritten oder vierten Monat schwangeren Uterus. Am 14. April neue Krise, noch stärker als die zwei ersten, in der ganzen Zwischenzeit hatte sich Pat. elend gefühlt, war appetitlos gewesen und magerer geworden. Jetzt fand man den Tumor in die Mitte gewachsen, den Nabel etwas überragend. Subjectiv und objectiv wurden Kindsbewegungen gefühlt. Am 17. Juni traten Wehen mit geringem Blutverlust ein. Nach einer Opiumdose cessiren die Schmerzen, kehren aber nach 3 Tagen wieder und halten mehrere Tage an. Der blutige Ausfluss erscheint wieder, und dauert in verschiedener Quantität bis zum 30. Juli fort. Der Tumor verkleinert sich mehr und mehr. Die Menstruation kehrt wieder. Im Februar 1873 tritt wieder Gravidität ein, gefolgt von einer ganz normalen Entbindung. Danach trat fötider Ausfluss ein, in ihm befanden sich Haare und zwei als Phalangen erkannte Knöchelchen. Beim Touchiren fühlte man eine hervorspringende Partie. Die Kranke wurde immer elender. Ende 1874 war Tuberculisation beider Lungenspitzen nachweisbar. Nach $^1/_2$ Jahr Tod an einer Apoplexie. Keine Section. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

9. **Tarnier.** Ein neues Embryotom.

(Bulletin gén. de Thérap. 1877. I. p. 41.)

T. hat in der Acad. des scienc. ein neues Embryotom vorgelegt, welches bei Schulterlagen zu gebrauchen ist. Dies Instrument ist aus 2 Branchen zusammengesetzt, einer vorderen, geraden,

welche zwischen der Symphyse und dem Rumpf oder Hals des Kindes nach oben gleitet, und einer zweiten, welche der Krümmung des Sacrum entspricht und hinter dem Kind eingeführt wird; beide Branchen sind hohl und enthalten eine Kettensäge. Nachdem das Instrument applicirt ist, wird es am unteren und oberen Ende der Griffe durch Schrauben verbunden. Dann gestattet ein, van Huevel nachgebildeter, von Matthieu verbesserter Kettensägen-Mechanismus das Kind in 20 Secunden zu durchsägen.

Fritsch (Halle a/S.).

---

10. **Godson.** Entbindung bei Epitheliom der Cervix.

(Brit. med. Journ. 1877. Febr. 24. p. 231.)

Verf. berichtet einen einschlägigen Fall, den er von Anfang der Geburt an beobachtet. Es war Dilatation der Cervix, Wendung, Cephalothrypsie gemacht worden, um der Mutter bessere Aussicht auf Wiederherstellung zu verschaffen.

Dieser Grundsatz steht in grellem Widerspruch mit den gewiss richtigeren von Schröder in Hamburg 1876 vertretenen Grundsätzen (cfr. Arch. f. Gynäkologie Bd. X. 406).

Fehling (Stuttgart).

---

11. **F. Benicke.** Besprechung der neueren Arbeiten über die Versionen und Flexionen des Uterus.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie 1877. Bd. I. Hft. 1.)

Verf. bespricht die von 1867—75 erschienenen einschlägigen Arbeiten vom Standpunct der eigenen Erfahrungen aus. Er erklärt mit Martin für die normale Stellung des Uterus die, wo das Corpus uteri weder vor noch hinter der Portio gefühlt wird. (Es wäre dann eben, da Männer wie Credé, Schröder, Schultze u. A. auch ihrerseits zu untersuchen verstehen, die nach Martin normale Lage die seltnere. Ref.) Ebenso verwirft Verf. die Credé-Schröder'sche Ansicht von der normalen Lage des Uterus im Wochenbett. Mit Veit's Ansicht, dass Anteversionen häufiger seien als Retroversionen, stimmt Verf.'s Erfahrung nicht überein. Veit's Erklärung der Entstehung der Flexionen findet Verf. sehr einseitig. Angeborene Retroflexio beim Neugeborenen soll vorkommen. Die Entstehung einer pathologischen Anteflexion durch Parametr. poster. ist, wie Verf. B. S. Schultze gegenüber bemerkt, schon früher von Martin nachgewiesen worden. Mit Schröder ist Verf. insofern nicht einverstanden, als derselbe die Wirkung der den Uterus befestigenden Bänder unterschätze. Auch die Wirkung der Bauchpresse zur Hervorrufung einer Retroflexio bei einem nicht mehr ganz normal liegenden Uterus wird nicht anerkannt. Zum Schluss des Capitels über Aetiologie erwähnt Verf. die Debatte in der Londoner geburtshülflichen Gesellschaft und stellt sich gegenüber Meadows, der die Entzündung und Congestion als Ursache der Gebärmutter-

flexion betrachtet, auf Seite der Mehrzahl der Gynäkologen Londons, welche dieselben als Folgen der Flexion ansehen.

Was die Symptome betrifft, so erklärt sich Verf. mit Martin für die Anschauung, dass die Haupterscheinungen durch die Flexion, nicht durch die Begleitumstände bedingt sind, steht dadurch also im Gegensatz gegen Scanzoni, Credé u. A.

Zum Zweck der Diagnose hat Verf. vom Gebrauch der Sonde keinen Nachtheil gesehen und hält ihre Anwendung zur Diagnose der Adhäsionen für wichtig.

Was die Behandlung betrifft, so ist Verf. mit Olshausen, Winkel, Martin für Intrauterinstifte.

Zum Schluss führt er sein in $1^1/_2$ Jahren beobachtetes Material an, das seinen oben mitgetheilten Erfahrungen zu Grunde liegt: 217 Fälle von Retroflexion und Version. In diesen Fällen wurde häufig ein Hodge'scher Ring eingelegt, und dabei dann die normale Lage durch die Sonde constatirt. Anteversionen und -Flexionen sah Verf. 164 Mal.

24 Fälle wurden mit Intrauterinstiften behandelt, 2 Mal entfernte sie Verf. bald, 3 Mal trat Entzündung danach ein. Leider ist nicht angegeben, wie lange der Stift in den beiden Fällen getragen wurde und wie oft Heilung eintrat. **Fehling** (Stuttgart).

---

12. **Griffith.** Eine neue Methode, intrauterine Fibroide zu entfernen.

(Obstetr. Journ. of Great Britain and Ireland 1877. February p. 734—739.)

Bei einem 25jährigen Mädchen, das an schweren Blutungen litt, fand sich ein grosser Unterleibstumor, der sich nach Erweiterung des Uterus von dessen hinterer Wand ausgehend aufklärte. Unter ferneren Erweiterungsversuchen und nach Spaltung der Kapsel verkleinerte sich der beträchtliche Tumor immer mehr und wurde mittelst einer Cephalotribe von der Basis abgequetscht. Ligatur war nicht möglich. Darüber fand sich ein zweiter Tumor, der später in die Scheide spontan herabstieg, ohne hier unangenehme Erscheinungen zu machen. Bei eventuellem Wachsthum soll auch dieser noch entfernt werden. **Leopold** (Leipzig).

---

13. **F. Engelmann.** Beiträge zur Aetiologie der Fibroide des Uterus.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie 1877. Bd. I. Hft. 1.)

Veranlasst durch Winkel's Arbeit veröffentlicht Verf. eine Statistik von 362 Fällen von Fibroiden des Uterus. Da seine Praxis mehr den bessern Ständen angehört, so erhält er ein Verhältniss zwischen verheiratheten und ledigen Frauen wie 5,1 : 1 (Winkel 3 : 1). $^1/_3$ der Verheiratheten kinderlos, von den andern $^2/_3$ vermuthet Verf., dass viele erst nach den Entbindungen erkrankten.

Beweis dafür geben 38 genauer beobachtete Fälle, von denen 5 vor Auftreten der ersten Symptome nicht geboren, 3 abortirt hatten, 11 nicht mehr concipirten, 7 abortirten, nur 12 noch lebende, zusammen 25 Kinder gebaren. Ueber das Verhalten der Geschwülste im Wochenbett finden sich leider keine Angaben, ebensowenig über die Aetiologie. Verf. leitet einen Theil der Geschwülste vom Wochenbett her, was mit Löhlein's Befunden gar nicht stimmt; hauptsächlich nimmt er mit Winkel directe und indirecte Reize, welche den Uterus treffen, als Ursache an.

In 2 Fällen wurde Verschwinden der Tumoren durch Kreuznacher Soolbäder constatirt; Verkleinerung häufig, besonders bei weichen (ähnlich bei Ergotininjectionen). Auffallender Weise wurde trotz der warmen Bäder häufig Verringerung der Blutung erzielt, überhaupt Besserung der lästigsten Symptome. **Fehling** (Stuttgart).

---

14. **Thomas Keith.** Ein Fall von geplatzter Ovarialcyste.

(The Lancet 1877. März 10.)

Verf. veröffentlicht den Fall, um zu zeigen, dass, wie hoffnungslos auch scheinbar die Umstände sein mögen, die Operation bei acuter Vereiterung von Ovariencysten die Regel sein solle, oder wenn typhöse Symptome nach Ruptur oder Punction einer Cyste eintreten. Patientin, eine verheirathete englische Frau, litt an einer rasch gewachsenen Geschwulst, der Bauchumfang betrug bei der ersten Untersuchung 43 Zoll. Die Geschwulst fühlte sich halbweich an, mit stellenweiser Fluctuation, und war sehr gespannt. Am Morgen der beabsichtigten Operation fand sich, dass der Tumor geborsten war und etwas dunkle, dicke Flüssigkeit wurde mit dem Aspirator entleert. Es wurde beschlossen, die Operation zu unterlassen, da Verf.'s Erfahrung ihn gelehrt, dass wenn altes Blut im Peritonealcavum ist, sehr leicht eine septische Peritonitis entstehen kann. Der Zustand der Patientin verschlimmerte sich rasch, 30 Stunden nach der Ruptur betrug die Temperatur 41,6° C., Puls 130, dabei anhaltendes Erbrechen und Schmerz. Urin eiweisshaltig, Zunge trocken, Zunge und Lippen schwarz, Allgemeinbefinden sehr schlecht. Dieser Zustand dauerte 10 Tage, Temperatur schwankt zwischen 39,4 und 41,1, da zeigte sich beginnende Zersetzung in der Cyste und rasche Gasentwicklung. Nun, am 16. Sept. 1876, wurde beschlossen trotz des beinahe hoffnungslosen Zustands der Patientin, zur Operation zu schreiten. Sie hatte Icterus, Phlegmasia dolens, entleerte wenig eiweisshaltigen Urin und lag gleichgültig gegen ihr Geschick da. Bei der Operation fanden sich starke Verwachsungen mit dem Netz, den Eingeweiden und dem Becken. Die Cyste war in gangränösem Zerfall, der Inhalt sehr übelriechend. Die Eingeweide des kleinen Beckens, Uterus und Rectum waren in ein Lager von intensiv putrider Lymphe eingebettet.

Die Operation dauerte $1^1/_2$ Stunden, die Bauchhöhle wurde sehr sorgfältig mit wässriger Carbollösung ausgetupft, dann die Wunde mit Silberdraht geschlossen und eine gläserne Drainageröhre über der Klammer eingelegt. Die Cyste sammt dem putriden Inhalt wog 25 Pfund; das Erbrechen dauerte bis zum 18. fort, an diesem Tag sank die Temperatur um ca 3°, und Patientin fühlte eine wunderbare Besserung. Dies dauerte eine Woche, darnach kehrten einige der schlimmen Symptome wieder, insbesondere das Erbrechen, hierauf erholte sich Pat. langsam und kehrte am 4. Januar d. J. gesund nach Hause.

Verf. hat 14 Mal bei acuter Vereiterung oder Jauchung von Cysten operirt, jeder dieser Fälle sah hoffnungslos bei der Operation aus, doch kamen 12 davon durch. Wenn schlechte Fälle in solchem Verhältniss sich erholen, sollte nach Verf.'s Ansicht die Sterblichkeit bei den gewöhnlichen Ovariotomien viel geringer sein. In Verf.'s Operationen vermindert sich dieselbe auch von Jahr zu Jahr, unter den letzten 107 Operationen sind 10 Todesfälle, während von den 21 zuletzt Operirten nur 1 gestorben ist. **Underhill** (Edinburg).

---

15. **T. Spencer Wells.** Ueber 300 weitere Fälle von Ovariotomie, nebst Bemerkungen über Drainage der Peritonealhöhle.

(Brit. med. Journal 1877. März 3.)

W. legt der med.-chirurg. Gesellschaft zu London eine Uebersicht seiner letzten 300 Ovariotomien vor, im sechsten Hundert mit 28%, im siebenten und achten Hundert mit 24% Mortalität. Dies Verhältniss entspricht ziemlich dem der ersten 500 Fälle, ändert sich jedoch dadurch wesentlich, dass er unter den letzten 300 manchen schlechten Fall, ermuthigt durch einzelne Erfolge, operirt, den er früher zurückgewiesen. Dadurch wird natürlich die Gesammtmortalitätsziffer erhöht. Nur in 8 von diesen 300 Fällen wurde Drainage angewandt und in 11 andern wurde noch nach der Operation aus der Bauchwunde oder durch Punction von der Vagina aus Flüssigkeit entleert. Verf. räth die Drainage nur für die seltnen Fälle, wo Ansammlung von Blut oder Serum in der Bauchhöhle nach der Operation zu erwarten sei, er betont ferner, dass eine Drainageröhre leicht Secretion hervorrufen oder jedenfalls vermehren könne. Bei Ansammlung von Flüssigkeit nach der Operation in Form einer Geschwulst zwischen Uterus und Rectum könne man leicht durch Einstossen eines Troikars Abhülfe schaffen.

Zum Schluss bemerkt W., dass er sich entschlossen, das nächste 100 vollständig unter antiseptischen Cautelen auszuführen, und es seien bereits die ersten 27 des neunten Hundert sämmtlich genesen.

In der nächsten Nummer des gen. Journals giebt W. folgende statistische Uebersicht aus englischen Hospitälern.

	Fälle	Genesungen	Todesfälle	Mortalität in Proc.
Guy's Hospital	82	39	43	53.24
Bartholomew's Hospital	21	8	13	61.90
St. Thomas' -	29	13	16	55.17
St. George -	11	3	8	72.72
Samaritan -	296	230	66	22.29

Diese Uebersicht erstreckt sich auf die letzten 9 Jahre.

Fehling (Stuttgart).

---

16. **W. R. Gillette.** Ein Fall von Pseudo-Ovariencyste.

(Americ. Journal of obstetr. 1877. Jan. p. 87.)

Frau von 42 Jahren, hat 3 Mal geboren, 2 Mal abortirt, normale Menstruation, bisher gesund. Vor 6 Monaten beginnt der Leib besonders auf der rechten Seite an Ausdehnung zuzunehmen; dann schwoll auch die linke Seite an. Der Leib war so gross, wie im 8. Monat der Schwangerschaft, druckempfindlich. 3 Tumoren waren zu fühlen. Aus dem Os uteri hing ein Schleimpolyp, das Touchiren war empfindlich, die Sonde konnte nicht eingeführt werden, der Uterus stand stark anteflectirt. Durch den Aspirator wurden — zur grossen Erleichterung der Patientin — circa 3 Pinten Flüssigkeit entleert. Nach 9 Tagen abermalige Aspiration von 3 Pinten Flüssigkeit. Von mehreren Aerzten wird eine multiloculäre Ovarialcyste diagnosticirt. Nach 4 Tagen Operation; vorher war das Fehlen einer Lungen- oder Herzkrankheit festgestellt. Nach Verbrauch von zwei Unzen Ether behufs der Anästhesirung wird Patientin plötzlich cyanotisch, die Athmung hört auf, der Tod tritt ein. Bei der Section durfte leider nur das Abdomen geöffnet werden, es finden sich zollstarke Verdickungen des Peritoneums, welche die Tumoren vorgetäuscht hatten. Auch das Netz war verdickt, Cysten existirten nirgends. Milz und Leber war ebenfalls hart und knotig anzufühlen. Verf., der diese Organe nicht untersuchen durfte, schwankt zwischen der Annahme von Carcinomen oder Syphilomen.

Fritsch (Halle a/S.).

---

17. **Barlacchi.** Fall von Exstirpation des ganzen Uterus.

(Arch. gén. de méd. 1877. Febr. p. 234.)

Eine Frau, welche 15 Kinder geboren und 4 Mal abortirt hat, bekommt 10 Jahre nach der Menopause Blutungen. Der Uterus ist vergrössert, wie im 6. Monat der Schwangerschaft. Die Blutungen nehmen zu, der Ausfluss wird foedit. Einige Zeit danach erscheinen nach einander 2 runde, scheinbar fibröse Körper in der Vulva. Beide Körper werden leicht enucleirt und wiegen zusammen 400 Grm. Nach einiger Zeit gleitet wieder ein Körper aus der Vulva bis auf die Mitte der Oberschenkel: es war der völlig invertirte Uterus, welcher die ganze Scheide nachgezogen hatte. Es wurde jetzt als einzige Hülfe die Abtragung des Uterus beschlossen. Ein Gummischlauch

wurde um die Basis fest gelegt und dann 3 Ctm. unterhalb — um keine Blutung zu haben — der Uterus mit dem Galvänokauter abgetrennt. Die ganze Partie unter der elastischen Ligatur mumificirte und stiess sich am 25. Tage ab. Dann trat rasch Vernarbung ein. Weder Fieber noch Schmerzen störten die Heilung.

Fritsch (Halle a/S.).

---

18. **E. Nöggerath.** Exstirpation des Uterus mit seinem peritonealen Ueberzuge durch die Vagina, wegen Carcinom.

(Americ. Journal of obstetr. 1877. Jan. p. 105.)

Es lag ein corporeales Uteruscarcinom vor, das mit der Curette schon öfter ohne günstigen Einfluss auf die starken Blutungen behandelt war. Der Uterus war gut beweglich. Zunächst bestand der Plan, den hinteren Cul de sac zu eröffnen, dann den Uterus mit Ecraseuren von dem breiten Ligamente abzutrennen, nach unten zu ziehen und ebenfalls isolirt zu ecrasiren. Bei der Operation wurde zuerst mit dem galvanokaustischen Messer eine Incision in die vordere Vaginalwand gemacht und der Uterus von der Blase abgelöst. Dann wurde die Peritonealhöhle hierselbst und auch hinter dem Uterus mit dem galvanokaustischen Messer eröffnet. Man konnte jetzt vorn und hinten mit dem Zeigefinger auf den Fundus uteri gelangen. Die breiten Ligamente waren infiltrirt, so dass der Uterus nicht herabzuziehen war. Deshalb legte man beide breite Ligamente in Drahtecraseure und durchtrennte sie auf diese Weise. Die Blutung war ausserordentlich geringfügig. Die Operation dauerte 65 Minuten. Es trat Collaps und am 4. Tag Tod an Septikaemie ein. [Man kann gewiss die totale Exstirpation des carcinomatösen Uterus für eine der wichtigsten, ungelösten Fragen der Gynäkologie betrachten. Ref.]

Fritsch (Halle a/S.).

---

19. **W. R. Whitehead.** Fehlen des Uterus in Folge einer Operation, bei welcher der ganze Uterus für ein Fibrom entfernt war.

(Americ. Journal of med. science 1877. Jan. No. CXLV. p. 275.)

Eine 28jährige Frau abortirte im 4. Monat. Als danach eine Blutung eintrat, wurde von einigen Aerzten ein Fibrom diagnosticirt. Das Fibrom wurde ligirt, und kam in kleinen Stücken heraus. Ein anderer Arzt entfernte noch ein vermeintliches Fibrom, mit Ligaturen und verschiedenen Instrumenten. Dann hörte die Menstruation völlig auf. Es trat Leukorrhöe ein, welche der Verf. heilen sollte. Bei der Untersuchung fand man das Orificium externum weit, $^3/_4$″ darüber befand sich eine harte, verschliessende Narbe. Drückte man sie nach hinten, und suchte man vom Anus aus nach dem Uterus, so zeigte

sich, dass er absolut fehlte. Jedenfalls war er invertirt und bei der zweiten Operation abgetragen. Interessant ist vor allem, dass die Menstruation sammt ihren Moliminibus wegblieb.

Fritsch (Halle a/S.).

20. **A. L. Galabin.** Ueber den Gebrauch von Esmarch's elastischem Constrictor bei der Amputation des hypertrophischen Scheidentheils.

(The Lancet 1877. Febr. 17 u. 24.)

Verf. giebt zuerst eine kurze Uebersicht über die verschiedenen jetzt gebräuchlichen Methoden zur Entfernung der Cervix uteri, er giebt dabei der Galvanokaustik den Vorzug gegenüber der Anwendung des Messers, der Scheere, des Ecraseurs, also den Methoden von Sims und Hegar. Allerdings habe die Galvanokaustik auch ihre Nachtheile. Vor allem den, dass man sie nur in grossen Städten anwenden kann, besonders aber, dass der Apparat leicht versagt und nicht genügend Hitze giebt, gerade zu der Zeit, wenn man es oft am nöthigsten braucht. Dann tritt zuweilen der ungünstige Erfolg ein, dass, wenn die Schlinge abgenommen ist, die granulirenden Oberflächen Neigung zur Verwachsung zeigen, und so Contraction oder sogar vollständigen Verschluss des übrig bleibenden Theils des Cervicalcanals zu Wege bringen. Verf. führt einen Fall an, wo bei einer 40jährigen Frau ein Theil der Cervix wegen Epithelioms entfernt wurde. Ein Jahr nachher fand sich der Cervix völlig verschlossen, und 6 Monate darauf musste er punctirt werden, um dem zurückgehaltenen Menstrualblut Ausweg zu verschaffen. Es zeigte sich kein Recidiv. Verf. hat noch keinen Fall von Verschluss nach Amputation wegen einfacher Hypertrophie erlebt, glaubt aber, dass solche Fälle in der Literatur sich finden.

Gemäss diesen Einwänden gegen die anderen Operationsmethoden hat nun Verf. in zwei Fällen einen Operationsplan ausgeführt, der auch schon von Martin und Esmarch mit Erfolg angewendet wurde. Er legt eine elastische Ligatur um die Cervix, während die Lappen ausgeschnitten und auf den Stumpf aufgenäht werden.

Im 1. Fall hatte beinahe 4 Jahre ein Gebärmuttervorfall bestanden, die Cervix war verlängert, weich, geschwollen, man fühlte stark pulsirende Arterien an ihr; jedoch kein Ulcus, die Sonde ging 4″ weit ein. Die Operation ging folgendermassen: Die Cervix wurde abwärts gezogen, 2 starke Hasenschartenadeln durchgeführt, rechtwinklig zu einander stehend, nun wurden Lappen abpräparirt theils von der äusseren Schleimhaut der Portio, theils von der des Cervicalcanals. Die Cervix wurde nun mit dem Messer abgetragen und die Lappen auf den Stumpf angeheftet durch eine fortlaufende Naht von Catgut. Der Stumpf war so völlig bedeckt und der Cervicalcanal blieb eher weit offenstehend. Auf die Entfernung des Constrictors

folgte etwas Blutabgang, der aber bald aufhörte. Patientin verliess das Spital sehr gebessert.

Im 2. Fall wurde die elastische Ligatur und die Nadeln befestigt wie zuvor, die Lappen wurden nur von der äusseren Schleimhaut der Portio genommen, und wurden mit dicken fortlaufenden Catgutnähten an den Stumpf befestigt. Die Cervix wurde diesmal mit der Scheere abgetragen. Es folgte keine Blutung, die Lappen heilten gut an, ein kleines Hodge'sches Pessar war im Stand den Uterus in seiner Lage zurückzuhalten.

Verf. hält für den Vortheil der Amputation mit Hülfe der elastischen Ligatur gegenüber der Galvanokaustik:

1. den, dass man keine besonderen Instrumente braucht,
2. der Patientin wird eine längere Eiterung und Vernarbung erspart,
3. es besteht keine Gefahr der Verwachsung der Cervix,
4. der Operateur ist im Stande möglichst präcis die genaue Grenze der Ausdehnung der Amputation festzustellen, soweit sie sich sicher machen lässt. **Underhill** (Edinburg).

---

21. **Carl Ruge.** Ueber den Fötus sanguinolentus.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie Bd. I. Hft. 1. p. 57.)

Im Eingang beschreibt Verf. den bekannten äusseren Habitus des F., den wir gewöhnlich in den Büchern (nach Verf. unrichtiger Weise) als »todtfaule Frucht« bezeichnet finden. Als weitaus häufigste Ursache des Absterbens der Kinder im Mutterleib findet Verf. die Syphilis, und zwar ist dies in 83% der Fälle die Ursache. Die so häufig gefundenen Stenosen der Nabelstranggefässe in der Nähe der Bauchinsertion sind nach Verf. selten primäre Ursache des Absterbens, sondern entstehen gewöhnlich nach demselben, rein mechanisch durch Zug der Frucht an den zusammengefallenen leeren Gefässen. Doch ist es Verf. bis jetzt ebenso wenig gelungen, einen absolut sichern Beweis dafür beizubringen, als Leopold in seiner Arbeit über das habituelle Absterben es für das Gegentheil that. Abgesehen von Lues kann vorzeitiges Absterben bedingt sein durch mütterliche und fötale Erkrankungen der verschiedensten Art.

Beim F. s. syphiliticus tritt in 86% der Fälle die Geburt vor der 35. Woche ein, ähnlich ist es beim nicht syphilitischen; gewöhnlich bleibt die abgestorbene Frucht noch ca. 14 Tage im Mutterleib; für die Behauptung, dass eine morgens noch lebende Frucht abends schon als Fötus sanguinolentus geboren werden könne, fehlen die genaueren Angaben über die vorhandenen Veränderungen.

Die hauptsächlichsten Veränderungen sind nämlich postmortaler Natur, und ausserdem finden sich Unterschiede je nachdem Lues im Spiel ist oder nicht. Während sich eine blutig gefärbte Flüssigkeit in Brust- und Bauchhöhle findet, so haben frische nicht syphilitische Kinder fast nie vermehrte Bauchhöhlenflüssigkeit. Die Bauchhöhlen-

flüssigkeit der syphilitischen Früchte beruht zum Theil auf postmortalen, zum Theil auf peritonealen Veränderungen, daneben findet sich Verklebung der Eingeweide durch Fibrinniederschläge entzündlicher Natur. Nicht zu verwechseln mit den postmortalen Veränderungen der Haut sind die an lebend gebornen Früchten nicht selten zu beobachtenden Pemphiguseruptionen.

Gewichtsbestimmungen der Milz ergaben, dass dieselbe in den einzelnen Monaten bei gesunden Kindern ein bestimmtes Verhältniss zum Körpergewicht zeigt. Dieses wird beim Fötus sanguinolentus wesentlich zu Ungunsten der Milz verändert. Das frische syphilitische Kind hat gegenüber dem gesunden eine etwa 4fach vergrösserte Milz, ein syphilitischer F. s. hat immer noch eine relativ grössere Milz als ein gesundes gleich grosses Kind. Milzvergrösserung aus andern Ursachen als Syphilis soll selten sein, jedoch vorkommen. Das Lebergewicht nimmt bei gesunden intrauterinen Früchten allmälig im Verhältniss zum Körpergewicht ab. Auch für das Verhältniss zwischen Leber- und Körpergewicht ergeben sich ähnliche Resultate wie für das der Milz. Stark ins Gewicht wird hier der jedesmalige Blutgehalt der Leber fallen, im Original ist nicht angegeben, welche Vorsichtsmassregeln gebraucht wurden, um möglichst ähnliche Bedingungen jedesmal herbeizuführen. Vergleichende Gewichtsbestimmungen anderer Organe z. B. der Lungen, des Herzens fehlen noch, sind aber entschieden sehr wünschenswerth.

Im ganzen soll ein F. s. um ca. 150% leichter sein als ein gleich alter gesunder Fötus.

In Bezug auf die Frage nach dem Ausgangspunct der Syphilis des Fötus, theilt Verf. einige beweisende Fälle mit, wo syphilitische F. s. geboren wurden, und sich vorausgegangene Lues des Vaters entschieden nachweisen liess, während die Mutter gesund war; in 23 Fällen war die Mutter 9 Mal gesund, 14 Mal krank. Die ersteren Fälle sprechen also für die Richtigkeit der Kassowitz'schen Angaben. Der Ansicht, dass eine im Lauf der Schwangerschaft acquirirte Lues nicht auf das Kind übergehe, kann sich Verf. nicht anschliessen.

Die Mehrzahl der lebend geborenen syphilitischen Früchte entspricht dem 8. Monat, dieselben gehen rasch zu Grunde. Complication von Syphilis mit intrauteriner Rachitis kam Verf. nicht vor. Die Frage, was bei wiederholten Geburten macerirter Früchte zu thun sei, bezieht sich wesentlich darauf, ob man bei wiederholten Geburten nicht syphilitischer Fötus sanguinolenti die Frühgeburt einleiten soll. Da wie gezeigt die meisten Früchte schon sehr früh intrauterin absterben, so wäre überhaupt nur noch bei circa 13,5% die Aussicht ein lebendes Kind zu bekommen, und von diesen stirbt dann noch erfahrungsgemäss bald mindestens die Hälfte. Ein wirkliches habituelles Absterben nicht syphilitischer Früchte ist nun aber sehr selten, Verf. hält den Leopold'schen Fall auch für einen durch Syphilis bedingten, ausserdem findet das habituelle Absterben bei derselben Frau zu so verschiedenen Zeiten der Schwangerschaft statt, dass

Verf. zum Schluss kommt, dass die Einleitung der Frühgeburt zu Gunsten des Kindes wegen ihres sehr zweifelhaften Nutzens überhaupt zu verwerfen sei.

Als charakteristisch für die syphilitische Erkrankung des Fötus hält Verf. die Knochenerkrankung nach Wegner.

Ueber die Frage ob jede derartige Veränderung sicher für Syphilis spricht, lässt sich Verf. nicht aus, hierin liegt aber in sofern der Schwerpunct der Sache, als bekanntlich von andrer Seite behauptet wird, dass nicht alle derartige Knochenveränderungen zeigende Früchte syphilitisch seien (cfr. Müller, Arch. f. physiol. Heilkunde).

In den Nabelgefässen findet man meistens verändertes Blut, selten altes Blut in den Venen und noch frisches in den Arterien. In der Nabelvene, zuweilen auch in Venen der fötalen Fläche der Placenta fand Verf. Verdickungen der Gefässwand unterhalb der Intima, ähnlich wie dies Leopold beschrieben. Verf. sieht aber alle derartigen Veränderungen, also auch die in Leopold's Fall, als durch Syphilis bedingt an. Die deformirenden Granulationswucherungen der Placentarzotten, die Fränkel für specifisch hält, fand Verf. auch in nicht specifischen Fällen. Endlich warnt Verf. vor Verwechslung der apoplektischen Herde in der Placenta mit Gummatis derselben. Ein Vergleich des Gewichts der Placenta mit dem des ganzen Körpers bestätigt die bekannte Thatsache, dass das erstere beim syphilitischen Fötus relativ grösser ist 1 : 4, statt 1 : 6.

Fehling (Stuttgart).

---

22. **Verneuil.** Ueber die Mortalität der Blasenscheidenfisteln und über einige seltene Zufälle nach der Exploration und Operation.

(Annal. de Gynécologie 1877. Jan.)

Nach einer Einleitung, in der Verf. seine, im Gegensatz zu den Veröffentlichungen anderer Autoren, so ungünstigen Resultate der Blasenscheidenfisteloperation (5 Todesfälle unter 80 Operirten) beklagt und auf die Reaction hinweist, die sich in neuerer Zeit auch von anderer Seite, namentlich von belgischen und italienischen Aerzten gegen die blutige Operation geltend macht, führt er seine Fälle auf.

1) Blasenscheidenfistel; Verengerung des Mutterhalses; 3 Tage nach der Operation Wiederkehr der Menstruatien; Retention des Menstrualblutes, dann Hämorrhagien, Peritonitis, Tod am Ende des 8. Tages.

2) Grosse Blasenscheidenfistel, umgeben von Narbengewebe; Hämorrhagie während der Anfrischung so bedeutend, dass die Operation unvollendet bleiben musste. Schwere Allgemeinsymptome traten sofort auf. Peritonitis; Tod 3 Tage nach der Operation.

3) Blasenscheidenfistel, sehr einfache Operation; Peritonitis; Tod.

4) Blasenscheidenfistel, tiefsitzend und schwer zugänglich. 3 vergebliche Operationen wegen schwerer Erscheinungen von Seiten des

Unterleibes. Die vierte Operation ist von einer Peritonitis mit tödtlichem Ausgange gefolgt.

5) Blasenscheidenfistel, Tod ohne Operation in Folge von Cerebralerscheinungen, wahrscheinlich Urämie. Thrombose der Beckenvenen. Ostitis des Kreuzbeins mit Fistelbildung, Dilatation eines Ureters, Pyelonephritis.

6) Blasenscheidenfistel, Operation erfolglos; acute Peritonitis am 18. Tage mit Symptomen von Darmverschlingung.

7) Blasenscheidenfistel. Schweres Erysipel; späte Wegnahme der Fäden. Heilung der Fistel.

8) Uterovaginalfistel. Vorläufige Cauterisation. Erste Naht: frühzeitiger Eintritt der Menstruation, Misserfolg; zweite Naht: 6 Wochen später, am 9. Tage schwere Brustsymptome; 10 Tage später Phlegmasia alba dolens. Heilung.

9) Exploration einer kürzlich operirten Blasenscheidenfistel, plötzliches, heftiges, herpetisches Fieber.

10) Blasenscheidenfistel bei einer Schwangeren, mit ringförmiger Verengerung der Scheide. Dilatation der verengten Stelle; intensive Vulvovaginitis. Naht der Fistel 5 Wochen später; Abort; Heilung der Fistel.

Verf. sucht in seiner Epikrise festzustellen, welchen Theil der Schuld an den unglücklichen Zufällen der Eigenthümlichkeit des Falles, der Methode und dem Operateur zufällt. Verf. warnt davor, die Operationen der Blasenscheidenfisteln als ungefährlich zu betrachten und bittet die Chirurgen, ihre ungünstigen Resultate, die Verf. in grösserer Zahl vorhanden glaubt, als gewöhnlich angenommen wird, doch auch ausführlich und nicht blos anführungsweise zu veröffentlichen. **Schellenberg** (Leipzig).

---

23. **Le Fort.** Heilung des Gebärmuttervorfalls durch die Scheidennaht.

(Gaz. de Hôp. 1877. No. 22. p. 174.)

Es werden hinten und vorn in der Scheide viereckige Schleimhautstücken ausgeschnitten und die beiden angefrischten Partien aneinandergenäht. Die Fäden bleiben lang herabhängen, um die Suturen nach dem spontanen Durchschneiden entfernen zu können. Bei einer Frau wurde nach dieser Operation der Uterus zurückgehalten. Indessen stellte man bei derselben Patientin später das zerstörte Perineum durch eine platische Operation, der Sicherheit halber, wieder her.

Fritsch (Halle a/S.).

---

24. **Gamgee.** Ueber Entfernung von scirrhösen Brustgeschwülsten.

(Brit. med. Journal 1877. März 3.)

In einer ärztlichen Gesellschaft zu Birmingham stellt Verf. eine Frau vor, wo er vor $15^1/_2$ Jahren die rechte Mamma wegen scirrhöser Entartung amputirt hatte. Der Tumor war von typischer Härte,

Haut und Achseldrüsen frei. Eine zweite vorgestellte Patientin lehnt er ab zu operiren, da trotz der beweglichen Brustgeschwulst eine fixirte Drüse in der Achselhöhle und eine Reihe vergrösserter Drüsen im Nacken vorhanden sind. In den angeknüpften Bemerkungen betont Verf., dass man über 60 Jahr alte derartige Patientinnen überhaupt nicht mehr operiren sollte.

Die übrigen Contraindicationen, Unbeweglichkeit der Geschwulst, Ergriffensein der Drüsen, Metastasen sind die bekannten. Für alle Fälle empfiehlt er nur das Messer, operirt hauptsächlich mit dem Griff, so dass er schon seit Jahren nicht mehr nöthig gehabt haben will, eine Arterie zu unterbinden oder zu torquiren. Die Wunde wird dann mit einer styptischen Flüssigkeit bestrichen, Lintstreifen in dieselbe getaucht aufgelegt, die Wundränder mit Metallsuturen einander genähert, und in den unteren Winkel eine Drainageröhre gelegt. Der Verband wird erst am 8. Tag gewechselt. **Fehling** (Stuttgart).

---

25. **E. F. Gurlt.** Ueber thierische Missgeburten. Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie und Entwickelungsgeschichte.

Berlin 1877. Verlag von **August Hirschwald.**

Das vorliegende Werk enthält die Beschreibungen zahlreicher Missbildungen, die seit dem Jahre 1832, in welchem der zweite Band des Lehrbuches der pathologischen Anatomie des Verf. erschien, der Sammlung der K. Thierarzneischule einverleibt wurden. Der Verf. liefert uns eine reiche Casuistik, in der die einzelnen Fälle zum Theil sehr genau beschrieben worden sind. Das Verständniss der Einzelfälle wird durch zahlreiche (119) Abbildungen erleichtert. Die Anatomie der Missbildungen wird durch diese Beschreibungen wesentlich gefördert. Zur vergleichenden Uebersicht der Verhältnisse der einzelnen Organe hat Verf. eine besondere »anatomische Uebersicht« zugefügt, in der Kopf, Rumpf etc. in den verschiedenen Missbildungen verglichen sind.

Für das Studium der Aetiologie der Missgeburten bietet uns das Buch sehr wenig. Ab und zu eine kurze Notiz; und wo sich Verf. etwas breiter ausgelassen hat, wie z. B. über die Entstehung der Doppelmissbildungen (p. 62), sind die neueren Arbeiten gänzlich unberücksichtigt geblieben, so dass wir, in dem speciellen Falle, die Arbeit von Dönitz in Reichert's Archiv als die neueste finden, der Erwähnung gethan wird.

Das Lesen des Werkes wird durch die Vielseitigkeit der Nomenclatur sehr erschwert. Statt zu vereinfachen, ist jeder Art ein besonderer Name beigelegt worden. **Ahlfeld** (Leipzig).

---

26. **O. Soltmann.** Ueber das Hemmungsnervensystem der Neugebornen.

(Jahrb. für Kinderheilk. Bd. IX. Hft. 1. p. 111.)

Einleitend weist Verf. auf seine im J. 1875 veröffentlichte Arbeit »über die Functionen des Grosshirns der Neugebornen« hin, in wel-

cher der Nachweis erbracht ist, dass sämmtliche Bewegungen beim Neugebornen unwillkürliche sind, dass die Reflexbewegungen nur spinaler, nicht cerebraler Natur sind, und dass Willensbewegungen völlig fehlen. Im Verfolg dieser Resultate untersucht Verf. nach Simonoff's Vorgang die Reflexerregbarkeit bei neugebornen Hunden, indem er ihnen Nadeln in die vordern Lobi der Grosshirnhemisphären einführt, die electrisch gereizt werden. Er findet, dass kein Mechanismus besteht, die Reflexe zu hemmen. Die Bedeutung dieser Thatsache für die Pathogenese der Convulsionen bei Kindern ist von selbst klar. Nach ferneren Versuchen (Durchschneidung des Rückenmarks unterhalb der Medulla und Reizung der Extremitäten) sind auch im Rückenmark selbst keine reflexhemmenden Vorrichtungen vorhanden. Daraus wird weiter verständlich, wie sich durch einfache Fortleitung zu clonischen so leicht tonische Krämpfe gesellen.

Diese Verschiedenheit des Hemmungsnervensystems beim Neugebornen von dem beim Erwachsenen brachte Verf. weiter darauf, auch die Herzbewegungen in derselben Richtung zu untersuchen. Der Theorie nach hätten bei Neugeborenen schwächere Ströme als beim Erwachsenen genügen müssen, um Herzstillstand durch Vagusreizung hervorzurufen. Jedoch waren hier stärkere Ströme nöthig als beim Erwachsenen, um die Herzbewegung zu hemmen. In der Mehrzahl der Fälle war es sogar nicht möglich, Stillstand des Herzens zu erzielen, die Contraction der Vorkammern blieb stets in Thätigkeit.

Erklären kann man dieses abweichende Verhalten des Herzens des Neugebornen entweder durch eine energischere Sympathicusthätigkeit oder eine mangelhaftere Energie des Vagus. Die Ungleichheit der Reaction der Kammern und Vorkammern gegen den electrischen Reiz lässt an das Vorhandensein getrennter Hemmungscentra für beide denken. In der That spricht auch ein vom Verf. angestellter Versuch für diese Annahme. Atropin lähmt bekanntlich die centripetalen Hemmungsnerven des Herzens. Streicht man nun Atropin auf das Herz von jüngeren Thieren direct auf, so gelingt es, die Thätigkeit der Kammern bei einer gewissen minimalen Dosis zu lähmen, während die Vorhöfe noch weiter pulsiren.

Auch durch directe Reizung des Herzens, hohe Rückenmarksdurchschneidung gelang es nicht, das Herz der neugebornen Versuchsthiere zum Stillstand zu bringen. Es muss also der Schluss gezogen werden, dass das Herzhemmungs-Nervensystem beim Neugebornen noch nicht so entwickelt ist wie später.

Die angegebenen Resultate versprechen Aufschluss über manches merkwürdige in der Physiologie und Pathologie der Neugebornen. So liegt wahrscheinlich darin der Grund für die schon normaler Weise, aber besonders im Fieber bedeutend erregten Herzaction, ferner für die Frequenz und häufige Unrhythmik der Respiration.

Endlich lässt sich nach Verf. vielleicht das eigenthümliche Verhalten des Pulses bei Meningitis basilaris im 1. Lebensjahr daraus

erklären, indem hier die charakteristische Verlangsamung des Pulses mit nachfolgender Frequenzsteigerung fehlt.

Zum Schluss folgt eine tabellarische Uebersicht über die obigen im physiologischen Laboratorium des Prof. Heidenhain angestellten Versuche. **Fehling** (Stuttgart).

---

27. **Fr. Kroner.** Ueber Pflege und Krankheiten der Kinder, aus griechischen Quellen.

(Gekrönte Preisschrift d. Bresl. Facultät. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XI. Hft. 1. p. 83.)

Einige Citate aus obiger historischer Zusammenstellung dürften von allgemeinerem Interesse sein. Darnach kannte schon Aetius das zu kurze Zungenbändchen (Ancyloglossus). Von Imperforatio ani sprechen Soran und Paul von Aegina, doch verstehen sie darunter nur den Fall, wo der Mastdarm ausgebildet ist, und eine Haut die Afteröffnung verklebt. Ebenso ist Letzterem der angeborene Verschluss der weiblichen Genitalien bekannt. Bemerkungen über angeborene Phimosis, Defecte der Vorhaut finden sich bei Celsus, Galen u. s. w.

Unter Hydrocele verstanden die Alten nicht blos Wasseransammlung in der Tunica vaginalis propria, sondern auch solche im Bindegewebe des Scrotum. Ueber Hermaphroditismus finden sich bei Galen etwas unverständliche Angaben. Hydrocephalus war eine Bezeichnung für Flüssigkeitsansammlung irgendwo am oder im Kopf, also waren auch Caput succedaneum und Cephalhämatom inbegriffen. Hippocrates hat Angaben über angeborene Luxation und Klumpfuss, er denkt sich beide entstanden durch einen von aussen wirkenden Druck auf den Bauch der schwangeren Frau. Zusammengewachsene Finger als durch Ulceration entstanden erwähnt Celsus, ebenso Hasenscharte. Ein grosser Theil von Fleiss und Belesenheit steckt in der Arbeit. **Fehling** (Stuttgart).

---

28. **E. Giovanardi.** Die Ohrprobe.

(Lo Spallanzani 1877. Jan., Febr., März.)

29. **Gellé.** Dasselbe.

(Lyon med. XXIV. No. 5. p. 170.)

1) Dieser mit Fleiss und genauer Literaturkenntniss durchgeführten Arbeit dienen 15 Sectionsbefunde und mehrere Experimente zur Grundlage. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen. Die bekannte schleimig-gallertartige Substanz (embryonales Bindegewebe) ist zuweilen auch in der Trommelhöhle todtgeborener Kinder nur in sehr geringen Mengen vorhanden. Bei Kindern, die durch mehrere Tage geathmet haben, kann die Trommelhöhle luftleer bleiben, wenn sie mit Schleimeiter gefüllt oder die Eustachische Röhre durch Schleim verstopft ist. (Die Otitis catarrhalis soll bei Neugebornen kein sel-

tener Befund sein.) — Bei vorgeschrittener Verwesung, wenn die Lungenprobe nicht mehr ausführbar ist, hat auch die Ohrprobe keinen Werth, weil das Gewebe durch Fäulniss zerstört sein und das Mittelohr Fäulnissgase enthalten kann. Luftgehalt des Mittelohrs (bei Abwesenheit der Fäulniss) ist ein sicherer Beweis der stattgefundenen Athmung, hat aber eine sehr untergeordnete Bedeutung, weil die Luft erst einige Zeit, nachdem sie die Lungen ausgedehnt hat, in die Paukenhöhle dringt; nie erscheint die Luft zuerst in der Paukenhöhle und dann in den Lungen. Die Abwesenheit von Luft in der Paukenhöhle beweist hingegen durchaus nicht, dass das Kind nicht geathmet habe (cfr. Centralbl. f. Chir. 1877, No. 1, p. 7).

Liebmann (Triest).

Ohne die Arbeiten Wendt's zunächst zu kennen, erfand Verf. selbständig »die Ohrprobe«. Erst als er an die genauere Durchsicht der ausländischen Literatur ging, stiessen dem Verf. die deutschen Arbeiten über diesen Gegenstand auf. Bekanntlich enthält das Cavum Tymp. beim Fötus keine Luft, sondern eine gelatinöse Masse, welche nach Wendt in einigen Tagen der Luft Platz macht. Verf. fand, dass der bleibende Zustand in viel schnellerer Weise: »très rapidement« erreicht wird.

Vor allem weist Verf. auf die gerichtsärztliche Bedeutung der »Ohrprobe« hin.

Fritsch (Halle a/S.).

---

30. **E. Theremin.** Ueber congenitale Occlusionen des Dünndarms.

(Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie Bd. VIII. p. 34 — 71.)

Verf. berichtet über 12 Fälle von Dünndarmocclusion, die im St. Petersburger Findelhause während 15 Jahren bei 150000 Aufnahmen zur Autopsie kamen. Es handelte sich 3 Mal um Stenose, 2 Mal um Atresie des Duodenum über dem Diverticulum Vateri und 2 Mal um Atresie unterhalb des letzteren. In 2 Fällen einfache oder mehrfache Atresie des Dünndarms, in letzterem gleichzeitig eine das Lumen erheblich verengende, senkrechte Schleimhautfalte im Anfangstheile des Rectum vorhanden; in drei Fällen fanden sich peritonitische Stränge oder ähnliche Residuen fötaler Peritonitis, in zwei anderen Axendrehung des Darmes.

Die Fälle ergeben, dass Stenosen und Atresien des Dünndarms an den verschiedensten Abschnitten desselben, vorwiegend jedoch am Duodenum angetroffen werden. Mit Ausnahme der Fälle von fötaler Incarceration, in denen die normale Axendrehung des Dünn- und Dickdarms nicht zur Vollendung gekommen war, hatte der Dünndarm normale Lage und die Peritonealligamente normale Anordnung. Letztere zeigten sich an einzelnen Stellen verdickt, das Omentum majus verkürzt und wenig entwickelt, die Mesenterialdrüsen zuweilen vergrössert. Der über der Occlusion gelegene Darmtheil war ausge-

dehnt, der unterhalb liegende contrahirt, aber stets durchgängig und, bei Einmündung des Gallenganges unterhalb der Atresia, immer Darmsecret und Meconium enthaltend. — Eine senkrecht auf der Darmwand stehende, stenosirende Schleimhautfalte, wie sie frühere Beobachter bei einfacher Occlusion des Dünndarms beschreiben, hat Verf. auch nicht einmal andeutungsweise entdecken können. Es handelte sich vielmehr stetig um eine Abschnürung des Darmrohres und wurden am Orte derselben stets zwei sich mit der Spitze ihrer Kuppeln berührende Blindsäcke angetroffen. — Für alle Fälle von Stenose oder Atresie des Dünndarms an einer oder mehreren Stellen lässt sich nachweisen, dass der Verschluss eines früher durchgängigen Darmrohres in Folge einer in der ersten Hälfte des Fötallebens stattgehabten Peritonitis, niemals aber eine Hemmungsmissbildung vorliegt. Letztere kommt nur für den Munddarm resp. Oesophagus und den Uebergangstheil des S. Romanum in das Rectum in Betracht, denn an diesen Darmabschnitten allein erfolgt die Bildung aus mehreren getrennten Stücken. **Risel** (Halle a/S).

---

31. **Köhler.** Leberruptur bei einem Neugebornen.

(Eulenbergs Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. 1877. p. 71.)

Bekanntlich ist der Streit darüber, ob Leberrupturen stets auf eine dem Kinde absichtlich angethane Gewalt schliessen lassen oder nicht, im Allgemeinen dahin entschieden, dass wohl immer die Verletzung in mörderischer Absicht dem Neugeborenen beigebracht ist. Trotzdessen wurde im vorliegenden Fall die Mutter vom Schwurgericht freigesprochen. Es konnte nämlich die Frage: ob wohl eine Leberruptur dann möglich wäre, wenn bei gleichzeitigem Anziehen der Nabelschnur ein Stoss oder Schlag gegen das Kind geführt würde nicht entschieden verneint werden. Die Geschichtserzählung ist kurz folgende.

Eine 18jährige Ipar. kommt ohne jede Hülfe nieder; es soll zum Zwecke der Geburtsbeschleunigung an dem hervorragenden Theil der Frucht gezogen sein. Das Kind fällt auf die Erde, die Mutter wird bewusstlos. Als sie wieder zu sich kommt, nimmt sie das, noch etwas lebende Kind, ins Bett. Nach einigen Stunden geht die Placenta ab. Bei der Section des Kindes finden sich in der Bauchhöhle 100 Grm., auf der Basis cranii 20 Grm. Blut. In der linken, vorderen Längenfurche der Leber wird ein tiefer Einriss entdeckt. Wegen der Quantität und Qualität der auf der äusseren Haut, namentlich am Kopfe, gefundenen Verletzungen geht das Gutachten dahin, dass das Kind gemordet ist. Trotz dieses Gutachtens erfolgte Freisprechung. **Fritsch** (Halle a/S).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S., an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Erster Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 10 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 5. **Sonnabend, den 26. Mai.** **1877.**

Inhalt: (Original-Mittheilungen.) I. **Hegar**, Zur Exstirpation normaler Eierstöcke bei Fibromyomen des Uterus. — II. **Runge**, Der Uebergang der Salicylsäure und des Jodkaliums in das Fruchtwasser. —

1. **Fehling**, Rachitische Beckenform. — 2. **Ruge**, Nabelstrang. — 3. **Turner**, Placenta. — 4. **Massot**, Verletzungen in der Schwangerschaft. — 5. **Mayer**, Albuminurie. — 6. **Edis**, Knie-Brustlage. — 7. **Barbieri**, Placenta praevia. — 8. **Dohrn**, Zwitter. — 9. **Janvrin**, Pyaemie. — 10. **Runge, Peter**, Heisse Injectionen als Haemostypticum. — 11. **Marchal**, Künstliche Frühgeburt. — 12. **Weber**, Amenorrhoe. — 13. **Storer**, Uterine Ebbe. — 14. **Winckel**, Krankheiten der Harnröhre und Blase. — 15. **Schatz**, Incontinentia urinae. — 16. **Dupont**, Ovariotomie.

I. Zur Exstirpation normaler Eierstöcke bei Fibromyomen des Uterus.

Von

Prof. Dr. **A. Hegar** in Freiburg i/Br.

In der deutschen med. Wochenschrift von Börner (Berlin 1876. No. 50) veröffentlichte mein Assistenzarzt Dr. Stahl einen kurzen Aufsatz unter dem Titel »der anticipirte Climax durch Exstirpation der Ovarien bei Fibromyomen des Uterus.« Er fügte gleichzeitig bei, dass ich Weiteres, besonders auch über die Indicationen und Technik der Operation mittheilen werde. Leider hat die betreffende Arbeit einen grössern Umfang gewonnen, als ich ursprünglich beabsichtigte und ich sehe mich, um schiefen Auffassungen und Beurtheilungen des Gegenstandes, wie sie bereits vorgekommen sind, zu begegnen, einstweilen genöthigt, Folgendes festzustellen.

1. Die Operationen wurden wegen lebensgefährlichen Blutungen unternommen. Andere Mittel, wie z. B. das mit grosser Ausdauer angewandte Ergotin erwiesen sich theils als fruchtlos dagegen, theils

führten sie wie intrauterine Injectionen von Adstringentien zu so unangenehmen und selbst bedenklichen Erscheinungen, dass davon abgesehen werden musste. Beide Personen waren in Folge der steten Blutungen, Ausflüsse und Schmerzen sehr heruntergekommen.

2. Es bestand daher eine Indicatio vitalis und es war nicht rathsam, einen radicalen Eingriff länger zu verschieben. Zuerst kam die Hysterotomie oder vielmehr Amputatio uteri supravaginalis in Betracht, welche wegen solcher Indicatio vitalis schon von mir und anderen Operateuren wie Koeberle, Péan, Billroth u. A. ausgeführt wurde. Die Eine der Kranken war mir von dem behandelnden Arzte sogar zugeschickt worden, um diese Operation zu unternehmen. — Da jedoch die Hysterotomie bei Fibromen ein sehr gefährlicher Eingriff ist und gerade in jenen beiden Fällen die Chancen keine günstigen waren, kam ich auf den Gedanken, welchen ich damals für einen ganz neuen hielt, blos die Eierstöcke zu exstirpiren. Es handelte sich also darum, eine im Uebrigen indicirte, schwierigere und gefährlichere Operation durch eine leichtere und schonendere zu ersetzen. Eine theoretische Begründung der Ovariotomie bei solchen Fällen würde mich hier zu weit führen und behalte ich sie mir für später vor.

3. Bei einer Operirten entstanden mehrere abgekapselte Eiterherde in der Bauchhöhle, welche theils nach aussen, theils in den Darm perforirten. Die Andere fieberte ebenfalls. Doch kam die Temperatur nie über 38,8, der Puls nie über 90. Es wurden schliesslich die Ligaturen per rectum entleert, wie dies unserer Erfahrung nach auch ein häufiger, fast stets gefahrloser Vorgang bei intraperitonealer Behandlung des Stiels von Ovarientumoren ist.

4. Beide Patientinnen sind jetzt vollständig genesen. Sie haben an Kräften und bemerklich an Embonpoint gewonnen. Die Blutungen und die Menses haben sich nicht wieder eingestellt, obgleich jetzt 9 Monate nach der Operation verflossen sind. Es lässt sich mit Sicherheit constatiren, dass die Fibrome an Grösse abgenommen haben.

Zur Geschichte des Gegenstandes bemerke ich noch. Als ich die Operation unternahm, glaubte ich, sie zum erstenmal auszuführen. Nachträglich (meine Operationen fanden am 2. resp. 3. August 1876 statt) erfuhr ich aus dem Octoberheft des Americ. Journal of Obstetr. v. J. 1876. p. 703, dass Frenholme in Montreal diesen Eingriff bei Fibroma uteri einmal und zwar am 13. Jan. 1876 unternommen habe. Nach dem Referat des Obstetrial Journal erfolgte die Originalpublication des Falls in dem Juliheft der Canada Lancet. Ich habe mir leider bis jetzt die betreffende Nummer dieses Journals nicht verschaffen können. Der Erfolg scheint auch in diesem Fall günstig gewesen zu sein. Exstirpationen normaler oder wenigstens wenig degenerirter Ovarien sind dagegen aus andern Motiven neuerdings in Amerika häufig ausgeführt worden, so von Battey, Peeslee, Thomas, Frenholme wegen Epilepsie, Dislocation der Ovarien in den

Douglas u. s. w. In Europa sind noch keine Operationen der Art ausgeführt, mit Ausnahme solcher, welche sich auf in Bruchsäcken liegende Ovarien beziehen. Nur Köberle (cfr. dieses Centrbl. No. 2. 15) exstirpirte einmal den linken Eierstock, jedoch blos nebenbei, indem er das linke Lig. latum in den Bauchdecken befestigte, um den retrovertirten Uterus dauernd reponirt zu halten. Die Laparotomie wurde unternommen, um eine Stuhlverstopfung zu beseitigen, welche nach des Autors Angabe 4 Monate gedauert hat und allen innerlich angewandten Mitteln widerstand. Die hartnäckige Obstipation sollte durch die Reposition des Uterus und das Hinabstreichen der Fäces mit der in die Bauchhöhle eingeführten Hand beseitigt werden. Die Exstirpation des Ovariums wurde unternommen, um die dauernde Reposition des Uterus, welche ebenfalls nur eine »operation secundaire« darstellte, zu ermöglichen (Gaz. méd. de Strassbourg 1877. No. 3).

Freiburg 2. Mai 1877.

II. Der Uebergang der Salicylsäure und des Jodkaliums in das Fruchtwasser.

Von

Dr. **Max Runge,**

erster Assistenzarzt der geburtshülflichen Klinik zu Strassburg i/E.

Benicke konnte im Fruchtwasser von 7 Gebärenden, welchen er Tage oder Stunden vor der Entbindung Salicylsäure in verschiedenen Dosen gegeben hatte, eine Reaction auf Salicylsäure mittelst Zusatz »einer hellgelben Lösung von Liquor ferri sesquichlorati in Wasser« nicht erhalten, während der Urin des Kindes diese Reaction bot (Zeitschrift für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten Bd. I. p. 477). Dieses negative Resultat verwerthete er gegen die von Gusserow vertretene Ansicht, dass die Frucht in den späteren Monaten der Schwangerschaft in dasFruchtwasser zeitweise hineinurinire. Auch Fehling bemerkte auf der Naturforscherversammlung zu Hamburg, dass seine bisherigen Untersuchungen nie den verwendeten Stoff im Fruchtwasser hätten finden lassen. (Archiv f. Gynäk. Bd. X. p. 392.)

Auf Veranlassung des Prof. Gusserow wurden in der hiesigen geburtshülflichen Klinik Versuche in derselben Richtung von mir vorgenommen.

Unter 19 Fällen, welche kürzere oder längere Zeit täglich 1,5 Salicylsäure erhalten hatten, bot das Fruchtwasser nur zweimal eine Reaction auf Salicylsäure mittelst der obigen von Benicke gewählten Methode. Unter diesen war einmal eine Verunreinigung mit mütterlichem Harn wahrscheinlich. Die Person hatte in 12 Tagen 25,5 Salicylsäure erhalten. Der Urin des Kindes bot keine Reaction. Im zweiten Fall war eine Verunreinigung jedenfalls nicht ausgeschlossen. Es waren durch 10 Tage 15,0 Salicylsäure gegeben. Unmittelbar

nach der Geburt war die kindliche Blase leer, am nächsten Tage bot der Urin des Kindes, bevor es an die mütterliche Brust gelegt war, Reaction. Die Gaben in diesen 19 Fällen schwankten zwischen 1,5 und 67,5 Gramm Salicylsäure. Die Zeitdauer der Gaben zwischen 4 Stunden und 45 Tagen vor der Geburt, die tägliche Dosis betrug 1,5. Sechsmal bot der kindliche Urin unmittelbar nach der Geburt Reaction, sechsmal keine u. z. zweimal, nachdem 5 Stunden vor der Geburt das Mittel verabfolgt war, einmal nachdem es durch 4 Tage, zweimal durch 12 Tage und einmal durch 17 Tage vor der Geburt gegeben war.

Dieses überwiegend negative Resultat drängte die Ueberzeugung auf, dass der einfache Zusatz einer Eisenchloridlösung zu der eiweisshaltigen Flüssigkeit des Fruchtwassers nicht genügend sei, um die Salicylsäure zu erkennen. Es wurde daher in den folgenden Fällen auf Rath des Herrn Privatdocenten Dr. Baumann die zu prüfende Fruchtwassermenge angesäuert, mit Aether geschüttelt, derselbe verdunstet und dann die Probe mit Eisenchlorid gemacht. Um ein vollständig sicheres Resultat zu erhalten, wurde die Prüfung von einem Fachmann vorgenommen. Herr Dr. Baumann hatte die grosse Güte sich dieser Mühe zu unterziehen und das Fruchtwasser in den folgenden Fällen im chemisch-physiologischen Institut auf Salicylsäure zu untersuchen, für welche Freundlichkeit ich ihm öffentlich meinen Dank ausspreche.

Unter 8 Fällen, bei denen reines Fruchtwasser aufgefangen wurde, gelang es 5 Mal nach dem Extrahiren mit Aether eine deutliche hellviolette Salicylsäurereaction zu erhalten, während der einfache Zusatz einer Eisenchloridlösung dieselbe nicht erzeugte. Keine Reaction boten:

1. M. In 12 Tagen 18,0 Salicylsäure. Kindlicher Urin nicht zu erhalten.

2. P. Künstliche Frühgeburt im 8. Monat, in 16 Tagen 24,0. Geburt des Kindes über 12 Stunden nach dem Blasensprung, Blase desselben leer.

3. B. In 3 Tagen 4,5 Grm. Blase des Kindes enthielt gleich nach der Geburt 50 Kbcm. Harn, ohne Reaction.

Reaction boten:

1. M. In 10 Tagen 15,0. Urin des Kindes Reaction.

2. K. In 15 Tagen 24,0. Urin des Kindes Reaction. Dem Fruchtwasser ist eine Spur blutiger Schleim beigemengt.

3. B. In 19 Tagen 28,5. Die Reaction ist viel stärker wie in Fall 1 und 2. Die Blase des Kindes ist gleich nach der Geburt leer, der einige Stunden später gelassene Urin bietet starke Reaction.

4. K. In 21 Tagen 31,5. Urin des Kindes undeutliche Reaction.

5. F. In 46 Tagen 69,0. Urin des Kindes Reaction.

An die Versuche mit Salicylsäure schliesst sich eine Reihe mit Jodkalium. Auch hier wurde die Prüfung von Herrn Dr. Baumann vorgenommen, mittelst Stärkekleister, einer Spur salpetrigsaurem Kali

und Salzsäure. Es gelang nur dreimal, reines Fruchtwasser aufzufangen.

1. Bei 19,0 Jodkalium innerhalb 28 Tagen bot weder Urin der Frau noch des Kindes noch das Fruchtwasser Reaction.

2. Bei 34,0 in 24 Tagen bot Harn der Mutter und das Fruchtwasser deutliche Reaction, ersterer stärker wie letzteres. Urin des Kindes konnte nicht erhalten werden.

3. Bei ca. 50,0 in 28 Tagen bot der Harn sehr starke, das Fruchtwasser schwächere Reaction. Urin des Kindes war ebenfalls nicht zu erhalten.

Ein nachtheiliger Einfluss auf die Gesundheit der Schwangeren wurde weder beim Salicylsäure- noch beim Jodkaliumgenuss beobachtet. Nur bei sehr lange dauerndem Salicylsäuregebrauch klagten einige Schwangere über Appetitlosigkeit und Brechneigung. Eine Person brach sogar stets unmittelbar auf das verabfolgte Pulver. Selbstverständlich wurden bei solchen die Gaben sofort ausgesetzt.

Ueble Folgen auf den Verlauf der Geburt oder in Bezug auf das Leben des Kindes, worauf Schatz auf der Naturforscherversammlung zu Hamburg hinwies, wurden niemals beobachtet.

Aus dem Mitgetheilten geht hervor, dass Salicylsäure und Jodkalium, wenn es in grossen Dosen längere Zeit vor der Geburt den Schwangeren gegeben wird, im Fruchtwasser zu finden ist, dass allerdings der Zusatz »einer hellgelben Lösung von Liquor ferri sesquichlorati in Wasser« nicht genügt, um die immer nur in geringen Mengen übertretende Salicylsäure im Fruchtwasser nachzuweisen.

Der Umstand, dass nicht in allen Fällen der verwendete Stoff gefunden wurde, ist ein Beweis mehr, dass derselbe nicht direct von der Mutter, sondern auf dem Wege der Frucht in das Fruchtwasser gelangt.

Strassburg i/E. 27. April 1877.

---

1. **H. Fehling.** Die Entstehung der rachitischen Beckenform.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XI. Hft. 1.)

Verf. zieht aus dem Vergleiche von fötalen und erwachsenen Becken Folgerungen für das rachitische und beweist so, dass für die typischen Veränderungen am rachitischen Becken weniger die Schwerkraft (Litzmann) und der Muskelzug (Kehrer) verantwortlich zu machen sind, als bisher angenommen ist, dass dieselben zum grossen Theile auf durch die Krankheit involvirten Wachsthumshemmungen der Knochen basiren: Eine Querspannung im Sinne Litzmann's existirt nicht, das ergeben die Messungsresultate der Dist. spin. il. post., der Dist. ileopectinea und der Querdurchmesser an rachitischen Becken gewonnen; dieselben stehen nicht, wie Litzmann will, in beziehentlichem umgekehrten Verhältniss zu einander, sondern viel eher in annähernd geradem. Ferner kann das durch die Rumpflast nach vorn und unten getriebene Kreuzbein durch Zug an den ligg.

sacroiliaca die Darmbeine schon deshalb nicht über seine Facies auricularis hinwegknicken, weil die Körper des Kreuzbeins mit den Flügeln bis zum 3. mit den Querfortsätzen bis zum 7. Jahre knorpelig verbunden sind. Durch die Rumpflast werden also höchstens, wie bisher auch angenommen, die Kreuzbeinkörper vor die Seitentheile hervorgepresst. Dass die Kleinheit der Hüftbeine nicht das Resultat der Compression zwischen Schenkelkopf und Kreuzbein, sondern ebenfalls nur der allgemeinen Wachsthumsstörung ist, erhellt daraus, dass andere Knochen, die nicht so der Compression, wie die Hüftbeine ausgesetzt sind, Kreuzbein und Schaambeine, dieselbe Kleinheit zeigen, am evidentesten jedoch daraus, dass auch die pars sacralis ossis ilium beim rachitischen Becken kleiner ist als normal, welche doch, wenn die Compressionstheorie richtig wäre, in die Länge ausgezogen sein müsste. Das Kreuzbein des Fötus hat eine leicht rachitische Form; die Incisura ischiad. major ist beim rachitischen Becken spitz wie beim fötalen und männlichen Becken wegen geringer Entwickelung der Pars pelvina des Hüftbeines. Ferner ist durch vergleichende Messungen bewiesen, dass die Grösse der Conjugata dem Entwickelungsgrade des Hüftbeines genau proportional ist, somit die Verkleinerung derselben am rachitischen Becken wohl auch zum Theil von der Wachsthumshemmung der Hüftbeine abhängt; diese Annahme findet in der Thatsache eine Stütze, dass platte Becken schon in der Fötalperiode vorkommen.

Dass ausser diesen angedeuteten Modi der Veränderungen am rachitischen Becken oder vielmehr des Stehenbleibens auf einer fötalen Stufe, Rumpflast sowohl als Muskelzug ihre Geltung für gewisse Veränderungen behalten, bleibt unbestritten.

Die zur Beweisführung nöthigen Proportionen sind durch übersichtliche Curven graphisch dargestellt.

Küstner (Halle a/S.).

---

2. **Ruge.** Ueber die Gebilde im Nabelstrang.

(Zeitschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie Bd. I. Hft. 1.)

Verf. hat am Nabelstrang folgende Verhältnisse gefunden: 1. Im Nabelstrang sind unter günstigen Bedingungen sämmtliche ursprünglich vorhandenen Gebilde wiederzufinden. 2. Die Vasa omphalomesaroica persistiren ziemlich häufig, sie haben ihre bestimmten Lagerungsverhältnisse zu den übrigen Gebilden und ihre Persistenz ist unabhängig von Missbildungen, nur abhängig von der Torsion der Nabelschnur. Von ihnen gehen in einzelnen Fällen grosse Capillarnetze aus. 3. Der Urachus hat seine bestimmte Lage zwischen den Nabelgefässen und ist (meist) gefässlos; er ist solid, bisweilen hohl; im letztern Falle zeigt er selbst Auswüchse, entsprechend den Auswucherungen der Allantois in den Chorionzotten. 4. Die Vasa omphalomesaroica resp. der Ductus omphalomes. entspricht dem Mesenterium und scheint somit keinen Einfluss auf die Dünndarmdivertikel

zu haben. Selten sind sie in der Bauchhöhle als freie, zusammenhängende Stränge erhalten, sehr häufig an der Bauchwand zur Seite von den Gefässen oder am Mesenterium als kleine flottirende Appendices nachweisbar. 5. Um den Urachus finden sich keine Capillaren: nur in seltnen Fällen in der Nähe des Bauchnabels.

(Vergl. dagegen die neuesten Untersuchungen Ahlfeld's über diesen Gegenstand, Archiv f. Gynäkologie Bd. XI. Hft. 1.)

Leopold (Leipzig).

---

3. **Turner.** Einige allgemeine Beobachtungen über die Placenta, mit besonderer Berücksichtigung der Theorie ihrer Entstehung.

(Journal of anatomy and physiology Bd. XI.)

Die Placenten der Thiere und des Menschen sind nach einem gemeinsamen Princip construirt. Der Hauptcharakter des fötalen Theiles der Placenta ist eine weiche, ebene, gefässreiche Membran mit Pflasterepithel bedeckt. Der Hauptcharakter des mütterlichen Theiles ist eine gleiche Membran, die mit Cylinderepithel versehen ist. Beide Membranen liegen dicht an einander; ihre gegenseitigen Capillaren sind durch die beiden Epithellager von einander getrennt.

Bei dem Schwein liegen feine Zöttchen des Chorion in Vertiefungen der Uterusschleimhaut, von den beiderseitigen Epithellagern getrennt. Bei der Stute zeigen die kurzen Zöttchen feine Zweige; jeder dieser Zöttchenbüschel liegt in einer entsprechenden Vertiefung der Schleimhaut. Beide Epithellager liegen dazwischen; die beiderseitigen Gefässe erscheinen als Capillaren.

Bei den Wiederkäuern sind die Zotten stark verzweigt und liegen in tiefen Schleimhautkrypten. Fötale und mütterliche Gefässe erscheinen als gewöhnliche Capillaren; das mütterliche Epithel hat nicht selten seine Cylinderform verloren. Bei den Thieren mit gürtelförmiger Placenta nehmen die Zotten eine sinuöse Form an; dem entsprechend faltet sich die Schleimhaut und wird nicht selten in ein feines Netzwerk getheilt, in dessen Maschen die Zotten liegen. Das mütterliche Epithel ist cylinder- oder würfelförmig; die mütterlichen Gefässe erweitern sich in 3—4 Mal stärkere Bluträume. Sie sind vom mütterlichen Epithel ausgekleidet und liegen zwischen den Zottengruppen. Fötale und mütterliche Blutgefässe sind auch hier noch von beiden Epithellagern getrennt.

In der Placenta des Menschen sind die mütterlichen Blutgefässe in communicirende, cavernöse Räume erweitert. Das mütterliche Epithel ist würfelförmig geworden und sei so verschmolzen mit der Oberfläche der Zotten, dass es für ein den Zotten eigenthümliches Epithel gehalten worden wäre. Doch sei das wirkliche Zottenepithel an der reifen menschlichen Placenta nicht mehr zu erkennen. Die von den mütterlichen Epithelien bekleideten Zotten hängen frei in die erweiterten mütterlichen Bluträume herein und ihre Köpfe seien

an der Scrotina durch feine Balken oder Filamente befestigt. (Ansichten, die von Virchow, Kölliker, Langhans u. A. betreffs des Menschen widerlegt sind. Ref.)

Anknüpfend an diese Sätze geht Verf. im weiteren auf die interessante, sich auf das Gebiet der comparativen Anatomie begebende Frage ein, ob die Gewohnheiten oder das Leben der Thiere, ob ihre Schwangerschaftsdauer, die Grösse der Mutter und des Fötus, ob die Gestalt des Uterus, die Anzahl der Föten, oder die relative Grösse und Vertheilung der Allantois irgend einen Einfluss auf die verschiedene Form und Structur der Placenten haben können.

Im Interesse dieses Punctes ist auf das Original zu verweisen.

Leopold (Leipzig).

---

4. **J. Massot.** Ueber den Einfluss von Verletzungen auf die Schwangerschaft.

(Arch. de Tocol. 1877. Jan.)

Verf. sucht durch ein statistisches Material die Streitfrage zu entscheiden, ob Unterbrechung der Schwangerschaft nach zufälligen oder operativen Verletzungen mehr im 3. und 4. Monat oder später in der 2. Hälfte der Schwangerschaft eintrete. Er citirt 17 fremde Beobachtungen, wo nach Amputationen, Entfernung von Tumoren, Kolporrhaphie, Blutungen aus Varicen etc. eine Unterbrechung der Gravidität eintrat. Dazu kommen 5 eigne Beobachtungen: einmal folgte nach complicirter Malleolenfractur Abort; ein 2. Mal nach Bruch des Unterschenkels Frühgeburt im 8. Monat; 2 Fälle kommen kaum in Betracht: Incision einer Parulis, Extraction einer Nadel hatte natürlich keinen Einfluss auf den Verlauf, ebenso wenig im 5. die Incision einer Phlegmone der einen grossen Labie.

Zusammen mit schon früher veröffentlichten Fällen verfügt Vf. über ein Material von 255 Fällen, er kommt damit zu dem Resultat, dass nach zufälligen oder absichtlichen Verletzungen Aborte eintreten:

im	2.	Monat	in	41,17 %	der	Fälle					
-	3.	-	-	23,07 %	-	-	mit	Hinzurechnung	der	Todesfälle	in 38 %
-	4.	-	-	19,42 %	-	-	-	-	-	-	- 24,18 %
-	8.	-	-	16, 6 %	-	-	-	-	-	-	- 20,82 %
-	9.	-	-	6,25 %	-	-	-	-	-	-	- 13, 5 %

Vf. findet darin den Beweis, dass die Verletzungen keinen Einfluss auf die Schwangerschaft haben, da gerade zu dem Zeitpunct, wo man am ehesten frühzeitige Unterbrechung erwarten sollte, dieselbe weniger eintritt. Wenn ferner der Autor die Behauptung aufstellt, diese Zahlen stimmten damit überein, dass überhaupt in den ersten Monaten die meisten Aborte einträten, so scheint er sich damit in einem circulus vitiosus zu bewegen, indem richtiger wohl die allgemein bekannte Thatsache darin eine neue Bestätigung findet, dass zufällige und absichtliche Verletzungen etc. in den ersten Monaten eher die Unterbrechung der Schwangerschaft bewirken als später.

Nur bei nicht ganz physiologischen Verhältnissen der Schwan-

gerschaft, z. B. Ascites bei Bright'scher Niere genüge oft der kleinste Anstoss zur Unterbrechung. Endlich führt er als weitern Beweis seiner Ansicht die Copeman'sche Methode der Dilatation des Cervix bei unstillbarem Erbrechen an. **Fehling** (Stuttgart).

---

5. **Mayer.** Ein seltner Fall von Albuminurie.

(Bair. ärztl. Intell.-Blatt 1877. No 4.)

Eine 31jährige Erstgeschwängerte im Anfang des 10. Monates hat seit der Mitte der Schwangerschaft, von den Füssen beginnend, allgemeine Hautwassersucht des ganzen Körpers bekommen. Hochgradige Dyspnoe, kühle Haut, Somnolenz. Urin gering an Menge, trübe bräunlich, sehr starker Eiweissgehalt. Puls 76. In den nächsten Tagen tritt Sehschwäche und geringe geistige Störung auf, worauf sofort der Beginn von Wehen und Geburt ohne Zwischenfälle erfolgt. Nach 10 Tagen vollständige Reconvalescenz. Vf. stellt die Diagnose auf eine chronische parenchymatöse Nierenentzündung.

Schellenberg (Leipzig).

---

6. **A. W. Edis.** Fälle zur Demonstration des Nutzens der Knie- Brustlage.

(Lancet 1877. März 17.)

Verf. berichtet 3 Fälle. Im 1. wurde ein retroflectirter schwangerer Uterus im 4. Monat in dieser Stellung der Patientin nach vorn gebracht, nachdem Versuche zur Reposition in der linken Seitenlage fehlgeschlagen waren. Die 2 andern Fälle sind sehr ähnlich; beidemal handelte es sich um Retroversio uteri mit Sterilität, in einem Fall lag ausserdem ein Eierstock tiefer und verursachte Schmerz beim Coitus und der Defäcation. Beidemal wurde der Uterus in der genannten Lage reponirt, aber ohne Erfolg für Heilung der Sterilität, bis der Coitus in derselben Lage ausgeübt wurde, worauf beide Frauen schwanger wurden. In einem Fall abortirte Pat., und als nach 8 Monaten keine neue Schwängerung eingetreten war, wurde wieder die Kniebauchlage empfohlen und unmittelbar darauf trat Empfängniss ein. **Underhill** (Edinburg).

---

7. **A. Barbieri.** Ueber die Tamponade bei Placenta previa.

(Rivista clinica di Bologna 1877. Januar.)

Auf 2 glücklichen Fällen fussend, welche durch die Tamponade mit Charpiekugeln behandelt wurden, empfiehlt Verf. diese Methode und macht darauf aufmerksam, dass die Tampons durch Aufsaugung von Blut kleiner werden, so dass sie nach einiger Zeit nicht mehr wehenerregend wirken. Deshalb sollen sie bald (nach ein paar Stunden?) entfernt und durch neue ersetzt werden wenn man, nach deren Entfernung, den Muttermund noch nicht derart erweitert findet, dass die Entbindung vorgenommen werden kann.

Liebmann (Triest).

---

8. **Dohrn.** Ein verheiratheter Zwitter.

(Arch. f. Gynäkologie. Bd. XI. Hft. 1. p. 208.)

Ein 28 Jahre altes als Mädchen getauftes und erzogenes und als solches mit einem Manne verheirathetes Individuum zeigt bei mangelndem Bartwuchs nicht entwickelten Mammae äusserlich anscheinend weibliche Genitalien: 2 grosse, 2 kleine Labien, erstere jedoch am Damme in einem breiten Fettpolster ohne Rhaphe confluirend. Hinter der etwa 4 Ctm. langen leicht erectilen Clitoris liegt die Urethralmündung, hinter dieser noch eine Oeffnung, welche in einen 2 Ctm. langen Blindsack führt. In den grossen Labien findet sich vorn je ein bohnengrosser ziemlich empfindlicher Körper (Hoden). Von einem Uterus ist durch combinirte Untersuchung (Rectum — Blase) nirgends etwas zu entdecken. Das Individuum ist demnach wahrscheinlich für ein männliches mit schlecht entwickelten weiblichen Genitalien zu halten, wofür auch nächtliche Ergiessungen von Fluidum zu sprechen scheinen, welche eine Deutung als Sperma der Beschreibung nach wohl zulassen. **Küstner** (Halle a/S.).

---

9. **J. E. Janvrin.** Ein Fall von puerperaler Phlebitis.

(Amer. journ. of obstetr. 1877. Jan. p. 93.)

Frau von 29 Jahren, leidet an chronischem Infarct und Anteversion, sie hat in drei Jahren 6 Mal im 2. oder 3. Monat abortirt. Später wurde sie an einem Beckenzellgewebsabscess mit Durchbruch in die Vagina behandelt. Dann trat wieder Schwangerschaft ein, während derselben bestanden viel Schmerzen. Die Geburt zur rechten Zeit verlief in Vorderscheitellage, es wurde mehrmals die Zange angelegt, der Damm völlig zerrissen und das Kind todt entwickelt. Vaginalinjectionen wurden gemacht, am dritten Tag beginnt der Uterus schmerzhaft zu werden. Fieber tritt ein. In den nächsten Tagen kann man von der Vagina aus ein Exsudat nachweisen, welches später durchbricht. 54 Tage post partum tritt der Tod ein. Verf. bemerkt, dass in diesem Falle es durch die grosse Sorgfalt gelang das Leben 2 Monate zu erhalten.

In der Discussion macht Dr. Chamberlain auf die Wichtigkeit der Anämie bei Pyämie aufmerksam. Dr. Lee bemerkt, dass in dergleichen Fällen der Magen gleichsam durch das Gift afficirt sei, so dass die Verdauung gestört sei. Auch er hat Fälle gesehen, bei denen schliesslich die cerebrale Anämie das Schlimmste war. Dr. Gillette aspirirte in einem ähnlichen Fall bei höchster Anämie den Eiter und stellte dadurch seine Patientin her. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

10. **Runge, Peter.** Versuche mit Einspritzungen von heissem Wasser bei uterinen Blutungen.

(Berl. klin. Wochenschr. 1877. No. 13. und Journ. de médec. et de chirurgie Bd. XLVIII. März. p. 107.)

Runge hat diese in neuerer Zeit wieder mehrfach empfohlene Methode in 22 Fällen angewendet, davon betrafen 10 rein atonische

Blutungen post partum; 7 Blutungen nach Abort oder Geburt mit Retention von Placentarresten; 5 Blutungen bei uterinen Neubildungen.

Die Einspritzungen wurden meistentheils mit dem Irrigator gemacht, und Wasser von 38 — 41 °R. benutzt. Wie leicht erklärlich, war in den Fällen von Placentarretention die Methode, wie jede andere erfolglos, solange der Uterus nicht entleert war. Ebenso waren die Erfolge bei Neubildungen des Uterus nur von ganz vorübergehender Dauer.

Bei den atonischen Blutungen führten Heisswasserinjectionen in 3 Fällen nicht zum Ziel, während sie in den andern sehr prompt wirkten.

Ist diese Methode also ebensowenig wie alle andern von unfehlbarer Zuverlässigkeit, so ist doch noch ein Moment, auf das Verf. besonders aufmerksam macht, nicht ohne Bedeutung; nämlich die auffallend gute Wirkung auf das Allgemeinbefinden der betreffenden Personen in Folge der Zuführung von Wärme in den blutleeren erkaltenden Körper.

Unangenehme Einwirkungen des hohen Temperaturgrades wurden eigentlich nur bei grösseren Verletzungen der äusseren Genitalien bemerkt. **Schellenberg** (Leipzig).

Peter empfiehlt die Application von heissem Wasser bei nicht puerperalen Blutungen, bei welchen ihm heisse Wasserinjectionen, so heiss als sie die Patientin ertragen konnte im Verein mit Ergotin vorzügliche Dienste erwiesen. Auch kann man Kautschuksäcke mit heissem Wasser gefüllt auf die Lenden und die Wirbelsäule legen, ebenfalls dienen dem Zwecke der Sistirung der Blutungen, ganz kurze 2 — 3 Minuten dauernde heisse Bäder. Verf. erklärt sich den Zusammenhang so, dass der Reiz der Lendenganglien die vasomotorischen Nerven in einen Zustand von »Suractivité« versetzt. Dadurch ziehen sich die Gefässe zusammen und die Blutung steht. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

11. **Marchal.** Künstliche Frühgeburt nach der Krause'schen Methode.

(Revue médicale de l'est 1877. April 1.)

M. leitete bei einer Frau mit gradverengtem Becken (Diagonalis 10.), welche zweimal mittelst Perforation und Cephalotripsie entbunden war, die Frühgeburt im 8. Monat der Schwangerschaft durch Einlegen eines Gummikatheters ein. Wenige Stunden darauf begann bereits die Wehenthätigkeit, nach 54 Stunden war die Erweiterung des Muttermundes eine vollständige, worauf der Katheter entfernt und die Blase gesprengt wurde. Sofort fiel die Nabelschnur vor, und die Geburt musste mittelst Wendung und Extraction beendet werden. Das Kind lebte und wog 2420 Grm. M. empfiehlt diese Methode sehr warm wegen ihrer Einfachheit, Ungefährlichkeit und prompter

Wirkung und wegen des Umstandes, dass man mit ihr die Injection in den Uterus leicht verbinden kann. Er räth den Katheter mit einem Mandrin bewaffnet einzuführen, um bei engem Orificium dasselbe leichter passiren zu können und die lästigen Verbiegungen des hohlen Katheters zu vermeiden. Sobald der Katheter gut und hoch genug liegt, entfernt er den Mandrin.

In der Sitzung vom 28. Febr. 1877 der Société de Médecine de Nancy bemerkt Grandjean in der Discussion über diesen Gegenstand, dass er vor einigen Jahren mit Stolz bei einer Frau mit »Albuminurie und Anasarca« die künstliche Frühgeburt mittelst eines gewöhnlichen metallenen Katheters eingeleitet habe, welche in 18 Stunden ohne Unfall verlief. **Runge** (Strassburg i/E.).

---

12. **F. Weber.** Beitrag zur Casuistik der Amenorrhöe.

(Allgem. med. Central-Zeit. 1877. No. 4.)

37jährige, seit 20 Jahren verheirathete Frau; nie menstruirt, nie schwanger gewesen; bis vor 2 Jahren vollständig gesund. Seit dieser Zeit Anfälle von Ohrensausen, Kopfschmerz, Schwindel, Mattigkeit, Präcordialangst, Obstipation mit täglichen Exacerbationen und wechselnder Intensität je nach der Jahreszeit.

Die Untersuchung ergab, mässige Anämie, hochgradige Reizbarkeit des gesammten Nervensystems. Habitus vollständig weiblich; äussere Genitalien und Brüste normal. Scheide eng, Uterus normal gelagert, Collum etwas atrophisch, $^1/_2$ Zoll. Uterinhöhle 2 Zoll lang. Ovarien nicht palpabel. Die übrigen Organe normal.

Ordination: Kalium bromatum, Ferrum jodatum und kalte Abreibungen. Verf. nimmt als Ursache der Amenorrhöe eine rudimentäre Bildung oder Atrophie der Ovarien, und als Ursache der Krankheitserscheinungen eine krankhafte Innervation an, bedingt durch das Herannahen der klimakterischen Lebensperiode.

Schellenberg (Leipzig).

---

13. **H. R. Storer.** Ueber die Wichtigkeit der »uterinen Ebbe« als ein Factor bei der Beckenchirurgie.

(Edinb. med. Journ. CCLIX. 1877. Jan. p. 577.)

Die Praktiker haben die Erfahrung gemacht, dass Operationen von denselben Operateuren unter denselben Cautelen ausgeführt ungleichen Erfolg haben. Dies bestätigte auch Keith für die Ovariotomien. Es ist zur Erklärung zunächst der Zustand des Körpers und der Seele — das Temperament — zu berücksichtigen. Vor allen aber ist wichtig, zu welcher Zeit in Bezug auf die Menstruation operirt wird. Die letztere hat einen Einfluss auf den ganzen Körper; nicht nur die Ovarien sind der Sitz der Gefässaufregung; wie wären sonst die Menstruationsmolimina und die vicariirende Menstruation zu erklären. Im Uterus und seiner Umgegend wechseln Anämie und Hyperämie, wie die Jahreszeiten, wie Fluth und Ebbe. Es giebt eine Zeit der

Culmination, der wachsenden Congestion und der Ebbe, welches Wort Verf. gebrauchen will, da noch kein besseres gefunden ist. Will man operiren, so liegt bei Operationen während der wachsenden Congestion die Gefahr der Blutung und der Peritonitis vor. Es muss also stets zu anderer Zeit operirt werden. Die Ebbe beginnt mit dem Momente der Blutung. Sobald die Blutung zu Ende und die Schmerzen aufhören ist der menstruelle Nisus vorüber. Dann soll man operiren. Die beste Zeit also ist in der Woche, welche der Menstruation folgt. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

14. **F. Winckel.** Die Krankheiten der weiblichen Harnröhre und Blase.

(Handbuch der Frauenkrankheiten IX. Abschnitt. Stuttgart, **F. Enke** 1877.)

Vorliegendes Werk behandelt in gedrängter aber erschöpfender Darstellung die Fehler und Missbildungen der weiblichen Harnröhre und Blase. Die ausführlichen Literaturangaben zeigen den Reichthum des dem Verf. vorgelegenen Materials, dessen Sichtung und Auswahl jedenfalls eine mühevolle Arbeit war. Es kann natürlich nicht unsere Aufgabe sein, eine genaue Analyse des ganzen Werkes zu geben, sondern nur eins oder das andere hervorzuheben, da jedem mit Gynäkologie sich beschäftigenden Arzt ein genaues Studium des Werkes unerlässlich ist.

In einer einleitenden historischen Skizze zeigt Verf., dass eine Anzahl der betreffenden Erkrankungen, Untersuchungsmethoden und Instrumente längst bekannt waren, aber wieder vergessen und aufs neue entdeckt wurden. Den anatomisch-physiologischen Vorbemerkungen sind die bekannten Abbildungen von Fürst, Hasse, Schultze (dem Archiv für Gynäkologie entnommen) beigegeben. Verf. schliesst sich also der Schultze'schen Ansicht betreffs der Lage der leeren Blase an. Sehr eingehend ist das Capitel über die Untersuchungsmethoden, es findet sich hier genau beschrieben die Methode von Simon zur raschen Dilatation der Harnröhre, ferner die von Rutenberg zur Beleuchtung der Blaseninnenfläche nebst Abbildungen.

Den eigentlichen Fehlern und Erkrankungen der Harnröhre sind 6 Capitel gewidmet. Aus Capitel II, Lageveränderungen, ist hervorzuheben, dass solche sich meist secundär bei Dislocationen der Blase finden, primär nur in der Austreibungszeit durch Herabpressen des vordern Scheidenwulstes und im Wochenbett in Folge von Herabsinken des Uterus. Von Neubildungen sind die wichtigsten die sog. Carunceln besser als vasculäre Tumoren oder papilläre polypöse Angiome zu bezeichnen. Sie haben ihren Sitz am Eingang der Harnröhre. Als ein wenig gekanntes Symptom derselben bezeichnet Verf. eine Hyperästhesie der Vulva, die manchen damit behafteten Frauen das Sitzen unmöglich macht. Die einzig richtige Therapie ist Abtragung mit Messer und Scheere und nachheriges Aetzen.

Von den Fehlern und Erkrankungen der Blase handeln 7 Capitel.

Sehr ausführlich ist das über Bildungsfehler besonders mit Bezug auf die gegen die Fissura vesicae congenita — fälschlich als Inversio vesicae bezeichnet — angewandten Operationsmethoden. Diagnostisch interessant sind Hemmungsbildungen in Gestalt von längs- und querlaufenden Scheidenwänden der Blase.

Die anatomischen Verhältnisse der Cystocele vaginalis erläutern eine Anzahl Abbildungen. Gegen dieselbe wird besonders Martin's gestieltes Pessar empfohlen.

Das wichtigste und ausführlichste Capitel ist das über Urinfisteln, es gestaltet sich von selbst zu einem Monumentum aere perennius für den der Wissenschaft zu früh entrissenen Gustav Simon. Die Geschichte der Fisteln wird an der Hand einer Arbeit von W. A. Freund gegeben. Bei Besprechnng der Genese (puerperale und nicht puerperale Fisteln) ist sehr beherzigenswerth Verf.'s Ansicht, dass lange Geburtsdauer nicht so gefährlich sei, als ungeschickte und frühzeitige Anwendung von Instrumenten. Die Ausführung der Operationen wird durch zahlreiche Abbildungen klar gemacht. Die ausführliche Wiedergabe einer Anzahl selbst operirter Fälle scheint uns dagegen nicht in den Plan eines solchen Werkes zu passen.

Berstung der Blase kommt bei Frauen selten vor, am ehesten noch nach Einwirkung einer directen Gewalt. Von Berstung in Folge zu starker Ausdehnung führt Verf. nur 2 durch Section constatirte Fälle aus dem 18. Jahrhundert an. Von Neubildungen sind die fast einzig wichtige das Carcinoma der Blase, doch zeigen gerade einzelne von Schatz und Winckel vorgenommene Exstirpationen gutartiger Neubildungen den Nutzen der Simon'schen Methode für Diagnose und Operation.

Als bedeutungsvoll für Entstehung des Blasenkatarrhs hebt Verf. die Retroflexio uteri gravidi und die Ischurie bei Wöchnerinnen hervor. Um Uebertragungen zu verhüten soll auch in der Privatpraxis nie der Katheter des Arztes oder der Hebamme benützt werden, sondern stets ein jeder Wöchnerin eigener.

Leider wird dieser beherzigenswerthe Vorschlag, der in Entbindungsanstalten längst Regel ist, vielfach an den Kosten scheitern. Für die locale Behandlung wird hauptsächlich der Hegar'sche Trichter empfohlen.

Im Capitel der Fremdkörper ist hervorzuheben das allerdings seltene Vorkommen von Blasensteinen bei Schwangeren und Gebärenden. Es ist dasselbe nicht unwichtig wegen der ziemlich ungünstigen Prognose für die Geburt. Das letzte von den Neurosen handelnde Capitel konnte schon jetzt Dank den guten Untersuchungsmethoden ziemlich eng begrenzt werden, und wird es in der Folge wohl noch mehr.

Zum Schlusse dürfte der Wunsch erlaubt sein, dass die folgenden Abschnitte dieses Handbuchs dem neunten in Form und Knappheit der Darstellung nacheifern mögen. **Fehling** (Stuttgart).

15. **F. Schatz.** Trichterpessarien bei einfacher Incontinentia urinae.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. X. Hft. 3.)

S. empfiehlt für gewisse Fälle von Incontinentia urinae, wo ohne weitere, grössere anatomische Störungen die Kraft des Sphincter vesicae nicht hinreicht den Urin bei irgend stärkerem intraabdominalen Drucke zurückzuhalten, eine Art von Pessarien, die in ihrer Form schon alt ist, jetzt aber nicht mehr gebräuchlich war. Sie ähneln einem Wursttrichter, sind der Länge nach durchbohrt, das breite Ende liegt oben in der Vagina, das schmale im Introitus. Beim Wachsen des intraabdominalen Druckes tritt das ganze Pessar ventilartig tiefer, das breite obere Ende wird gegen den Sphincter vesicale gedrückt und bildet einen genügenden Abschluss der Blase derart, dass die Patientinnen beim Pressen, Tragen, Gehen nicht fortwährend Urin verlieren. Nur wenn die Nummer des Pessars zu gross gewählt ist, kann es auch das willkürliche Urinlassen hindern, ebenso auch das passende Pessar, wenn die Bauchpresse zu sehr angestrengt wird. Es hat etwa dann die richtige Grösse, wenn es sich eben knapp in die Vagina einführen lässt.

Das Instrument wirkt sehr prompt, ist der Erfolg nicht ein sofortiger, so ist die Indication keine richtige.

Die Pessarien sind in der Gummiwaarenfabrik von Marx, Heine und Co. aus Hartgummi verfertigt in 2 Sortimenten zu haben, von denen das kleinere 4 Nummern, das grössere deren 6 umfasst. Das Exemplar kostet ca. 3 Mark. **Küstner** (Halle a/S.).

---

16. **Dupont.** Von Heilung gefolgte Ovariotomien.

(Bullet. de la Société médicale de la suisse Romande 1877. Jan. p. 25. Febr. und März p. 66.)

Die 3 Operationen wurden unter Anwendung von Lister's Methode gemacht.

1) 31jährige Frau, die 3 Mal geboren hat und seit einem Jahre das Wachsthum einer Geschwulst bemerkt, die nun die Grösse eines hochschwangeren Uterus erreicht und zu bedeutender Cachexie geführt hat. Bei der Operation fand sich leichter Ascites und zwei grosse, dem rechten Ovarium angehörige Cysten, die sich leicht entleeren liessen. Nach Lösung einiger dünner Adhärenzen wurde die Koeberle'sche Klammer angelegt und die Wunde mit Draht genäht. Am 4. Tage konnte die Klammer, am 6. Tage die Naht entfernt werden. Die Patientin stand am 12. Tage zum ersten Male auf.

2.) 31jährige lymphatische Person, die vor 9 Jahren geboren

hat, Der Tumor wurde vor einem Jahre bemerkt und hat sich nun zur Grösse eines im sechsten Monate schwangern Uterus entwickelt. Die Operation förderte eine unverwachsene einkammerige Cyste zu Tage, die sich mit einem langen Stiele rechts inserirte. Am 4. Tage wurde ein Theil der Nähte, am 5. Tage der Rest derselben und die Klammer entfernt. Die Operirte stand am 14. Tage auf und wurde am 18. Tage aus der Behandlung entlassen.

3) 60jährige Frau, die 1 Mal abortirt hat. Seit 15 Jahren wächst der Leib an und hat nun in der Nabelhöhe einen Umfang von 111 Ctm. erreicht, wodurch sich Patientin in der letzten Zeit genirt fühlt. Um eine zu plötzliche Entleerung des Leibes zu verhindern, machte D. 5 Tage vor der Ovariotomie eine Punction mittelst des Potain-schen Apparates und entleerte $1^1/_2$ Liter chocoladefarbenen mit Cholesterinkrystallen vermischten Cysteninhaltes; eine zweite Punction wurde der Ovariotomie unmittelbar vorausgeschickt. Nach Durchtrennung der Haut stiess Verf. auf einen orangegrossen, dünnwandigen, mit Cysteninhalt gefüllten Sack und nach Blosslegung der eigentlichen Cyste auf die noch klaffende Troikaröffnung, aus welcher, wie aus dem vorerwähnten Sacke, viele Flüssigkeit in die Bauchhöhle floss. Darauf entleerte er die Cyste mittelst des Spencer-Wells'schen Troikars, löste einige breite Adhärenzen am Colon und schnitt die Cystenwand nach vorgängiger Unterbindung mit Seitenligaturen vom Uterus ab, dem sie in der ganzen Breite des Fundus aufgesessen war. Beim Versuch eine Adhärenz am Dünndarm zu lösen wurde der letztere eingerissen. Die Ränder des Darmes wurden sofort an die Ränder der Bauchwunde festgenäht, die im kleinen Becken befindliche Flüssigkeit aspirirt und die Toilette des Peritoneums mit lauwarmer Carbollösung besorgt. Die Ligaturen des Stieles wurden zum untern Wundwinkel herausgeleitet und die Bauchwunde mit Metalldraht geschlossen.

Während der ersten Tage litt die Kranke an Erbrechen, Schmerzen und leicht febrilen Temperaturen. Da aus der Darmwunde Nichts ausfloss, wurden am 2. Tag die Fäden, welche den Darm befestigten, entfernt, die Ränder der Bauchwunde einander genähert und der untere Wundwinkel wegen stinkender Secretion mit reiner Salycilsäure bestreut. Am 11. Tag war die Stelle, welche mit dem Darm communicirt hatte, vernarbt. Der weitere Verlauf wurde durch eine am 16. Tag auftretende Pleuritis gestört, doch konnte die Kranke am 30. Tag aufstehen. Am 31. Tag nahm D. einige Stielligaturen weg und am 35. Tag kamen die letzten Fäden des Stieles zugleich mit einem abgestossenen Stücke der Cystenwand heraus. **Oeri** (Basel).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S., an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Erster Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 10 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 6. **Sonnabend, den 9. Juni.** **1877.**

Inhalt: I. **Meyburg,** Sphygmographische Untersuchungen über den Puls der Wöchnerinnen (Original-Mittheilung).

1. **Charles,** Eclampsie. — 2. **Skene,** Metrorrhagie in der Schwangerschaft. — 3. 4. **Valenta,** Künstlicher Abort und künstliche Frühgeburt. — 5. **Landis,** Vorderscheitellagen. — 6. **Budin,** Eigenthümliche Kopfdrehung. — 7. **Welponer,** 8. **Humphrey,** 9. **Partridge,** Manuelle Umwandlung der Gesichtslage. — 10. **Mundé,** Zwillingsgeburt. — 11. **Steger,** Atresia uteri. — 12. **Spire,** Obliteration der Scheide. — 13. **Wahl,** Zerreissung der Symphyse. — 14. **Messner,** Laparotomie bei Graviditas extrauterina. — 15. **Bellina,** 16. **Hoggan,** 17. **Bocchini,** 18. **Gavinzel,** Transfusion. — 19. **Duncan,** Dammriss. — 20. **Martel,** Perforation der Scheide. — 21. **Seeley,** Modification von Barnes' Dilatator. — 22. **Rein,** Exstirpation des schwangeren Uterus. — 23. Post partum Haemorrhagien. — 24. **Houghton,** Sicherung dagegen. — 25. **Roth,** Prophylaxe des Puerperalfiebers. — 26. **Bantock,** Vereiterung einer Ovarialcyste. — 27. **Aveling,** Einfluss der Lagerung. — 28. **Neugebauer,** Fibromyoma vaginae. — 29. **Lente,** Atresiae vaginae. — 30. **Schüller,** Blasenkatarrh. — 31. **Duncan,** Bartholinitis. — 32. **Godlee,** Pneumatose des Peritoneum. — 33. **Mader,** Hegar's Trichterapparat. — 34. **Lindner,** Gallenblasenfistel. — 35. **Hegar,** Uterusexstirpation. — 36. **Köberlé,** Cyste des Lig. lat. — 37. **Stilling,** 38. **Codd,** Ovariotomie. — 39. **Hesse,** Electrolyse bei Ovariencyste. — 40. **Lebedinsky,** Ovarien bei Scarlatina. — 41. Cystocele durch Ovarientumor. — 42. **Emmet,** 43. **Browne,** Fibrom. — 44. **Reeves,** Heilung der Haemorrhoidalknoten. — 45. **Creen,** Strangulation des Dünndarms. — 46. Fälle aus dem Middlesex Hospital. — 47. **Warren,** Dyspareunia. — 48. **Chamberlain,** Hysteroneurose des Magens. — 49. **Aust- Lawrence,** Carcinoma uteri. — 50. **Schmidt,** Castration der Kühe. — 51. **Beigl,** Accessorische Ovarien. — 52. **Olshausen,** Ovariotomie. — 53. **Grenser,** Rückwärtslagerungen der Gebärmutter. — 54. **Tarpet,** Schädelfractur. — 55. **Bordley,** Verschlucken eines Kautschuksaugstöpsels.

I. Sphygmographische Untersuchungen über den Puls der Wöchnerinnen.

Von Dr. **Meyburg,**

Interner am königl. Entbindungs-Institut zu Dresden.

Vorläufige Mittheilung.

Die Frage, wodurch die so häufig beobachtete bedeutende Verlangsamung des Pulses bei Wöchnerinnen bedingt sei, ist schon lange Gegenstand des Streites gewesen und besonders ist dieselbe in der letzten Zeit vielfach besprochen worden. Während besonders Blot

und mit ihm Marey und Hémey die Ursache der Veränderung in erhöhter arterieller Spannung suchten, bestreitet Fritsch neuerdings diese Erklärung und stellt auf Grund seiner Untersuchung die Behauptung auf, dass gerade im Puerperium der Blutdruck gering, die arterielle Spannung vermindert sei. Nach ihm ist die Verlangsamung zu erklären durch die dauernde Körperruhe in horizontaler Lage; ihr wenigstens schreibt er einen bedeutenden Einfluss zu. Wiederum soll nach Ansicht Anderer die Reizung des Vagus das ätiologische Moment abgeben und Löhlein bekennt sich zur Ansicht Fritsch's, glaubt aber hierin nicht ausschliesslich eine Begründung finden zu dürfen, sondern nimmt auch Innervationsanomalien als zu dieser Zeit bestehend an. Auf Grund meiner Untersuchung, welche ich auf Anregung des Herrn Prof. Winckel an etwa 100 Wöchnerinnen bis zum 10. Tage gemacht, bin ich zu folgenden Resultaten gelangt:

Der Radialpuls bei Wöchnerinnen unterscheidet sich wesentlich von dem Radialpulse gesunder Menschen und zeigt grosse Aehnlichkeit mit dem Radialpulse der gesunden Seite von Hemiplectikern. —

Während bei dem Pulse gesunder Menschen die Ascensionslinie einfach ist und der Gipfel der primären Welle zugleich den geometrischen Höhepunct der Pulswellen bildet, erscheint bei dem Pulse der Puerperen die Ascensionslinie doppeltheilig; dieselbe ist wenig steil und niedrig. Der Puls ist anacrot.

Der erste Schenkel der secundären Welle bildet mit dem 2. Abschnitte der primären Elevationswelle eine geknickte oder sanft aufsteigende Linie. Demnach fällt

Die secundäre Welle nicht vollkommen in die Descensionslinie, sondern nur zum Theil.

Der Scheitel derselben liegt meist höher oder steht in gleichem Niveau mit dem der primären Elevation. —

Der Endpunct der secundären Welle liegt tiefer als der Scheitel der primären.

Der für den Radialpuls charakteristische Typus der Tricrotie ist in der Regel auch beim Wöchnerinnenpuls ausgesprochen, oder er zeigt wenig ausgeprägte Dicrotie.

Die angeführten Abweichungen sind in den bei weitem meisten Fällen stark ausgeprägt bei verlangsamten Pulsen bis etwa zu 60 Schlägen. Bei schnelleren Pulsen etwa bis zu 84 Schlägen ist der Unterschied zwischen dem normalen Radialpuls und dem bei Puerperen auch in die Augen springend. Die Knickung in dem durch die Schenkel der primären und secundären Welle bedingten plateauähnlichen Scheitel der Curve ist weniger ausgesprochen:

Der Gipfel der Curve ist mehr kuppelförmig.

Die charakteristischen Merkmale finden sich nur bei fieberfreien Puerperen.

Bei fiebernden Wöchnerinnen, selbst bei geringer Erhöhung der Temperatur — schon bei 38,5° — zeigt der Puls den Typus der Dicrotie. —

Vom 1. Tage, ja selbst von 1 Stunde post partum an bis zum 10. Tag konnten die angeführten Merkmale beobachtet werden. —

In manchen Fällen fand man schon am 9. und 10. Tage Uebergänge in den normalen Radialpuls, insofern als in derselben Curvenreihe die einzelnen Wellen theils den Charakter des Wochenbettpulses, theils den Typus des normalen Radialpulses trugen. —

Aus dem Gesagten, besonders mit Berücksichtigung der Verhältnisse bei Hemiplectikern geht hervor, dass der Blutdruck geringer und mit ihm auch die Spannung der Gefässwandungen geringer ist. Die Richtigkeit dieser Ansicht wird bestätigt dadurch, dass ähnlich wie bei Hemiplectikern bei fortschreitender Genesung die Uebergänge in den Normalpuls beobachtet sind, so auch am 9. und 10. Tag bei zunehmender Herzenergie die Annäherung zum normalen Radialpuls gefunden wurde.

Die Würdigung der Hypothesen über das Zustandekommen des langsamen Pulses behalte ich mir vor.

---

1. **Charles.** Die Behandlung der Eclampsie.

(Bull. Ac. de méd. de Belg. 3. Sér. Vol. X. No. 8.)

1) Prophylaxe: Verf. empfiehlt zur alten Methode zurückzukehren und vorsichtige Blutentziehungen (Blutegel) bei plethorischen Frauen anzuwenden. Existiren schon Oedeme und Anasarca, so werden Purgantien, Diuretica, Diaphoretica und Milchdiät empfohlen. Bei venöser Stase wird Digitalis angewendet, um die arterielle Spannung zu heben. Beim Sinken des specifischen Gewichtes des Urins sucht man durch Kali aceticum das Gewicht zu steigern. Bei Kopfschmerzen leistet ein Drasticum gute Dienste. Gegen Nervensymptome dient Bromkalium und Chloral. Existirt eine wirkliche Nierenkrankheit, so sind Blutegel an die Nierengegend zu appliciren. Sind Vorboten der Eclampsie da, so muss man an den künstlichen Abort oder die künstliche Frühgeburt denken, aber erst dann diese Operationen ausführen, wenn die genannten Mittel erfolglos waren.

2) Medicinische Behandlung: Bei ausgebrochener Eclampsie ist vor allem der Aderlass erfolgreich, erst in zweiter Reihe sind die Narcotica in Gebrauch zu ziehen. Mit ihrer Darreichung soll man vorsichtig sein, die Methode von Schröder: tiefe Narkose, missbilligt der Verf.

3) Geburtshülfliche Behandlung: Man sucht so schnell als möglich den Uterus zu entleeren. Kann man die Zange anwenden, so geschieht es, wenn nicht, so wird die Wendung ausgeführt. Ist der Muttermund nicht dilatirt oder dilatabel, so wird er gewaltsam dilatirt. Mit letzterem Vorschlag geht Verf. zu weit. Auch hat er wohl nicht Recht, wenn er zum Schluss behauptet, in Deutschland sei es Sitte, die künstliche Frühgeburt einzuleiten, wenn die Geburt noch nicht begonnen hat. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

2. **A. J. C. Skene.** Ein Fall von intermittirender Metrorrhagie während der Schwangerschaft.

(Amer. Journ. of obstetr. 1877. Jan. p. 102.)

Im 3. Monat der Gravidität beginnt eine Blutung und dauert intermittirend fort. Als die Anämie bedeutend wird, entschliesst man sich im 5. Monat dazu, die Schwangerschaft zu unterbrechen. Es gelang nicht, einen Grund für die Blutung aufzufinden. In der Discussion über diesen Fall berichtet Peaslee zwei ähnliche Fälle. Der blutige Ausfluss kam in Zwischenräumen von 2 — 4 Wochen. In keinem Falle existirten Uterincontractionen. Einmal traten Symptome der Septikämie ein, deshalb machte man im 6. Monat den künstlichen Abort. Der Fötus war verfault und entsprach dem 3. Monat. Die Placenta, völlig adhärent, entsprach an Grösse dem 6. Monat. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

3. **A. Valenta.** Mit Erfolg durchgeführter künstlicher Abortus wegen nicht zu stillendem Erbrechen.

(Memorabilien 1877. Hft. 2.)

Verf. hat in seiner grossen Praxis 4 Fälle von sogen. unstillbarem Erbrechen gehabt, nur in dem letzten hier angeführten entschloss er sich zur Einleitung des künstlichen Aborts. Der Fall betrifft eine 36jährige XI para, bei der im 3. Monat unstillbares Erbrechen unter Fieber und Erscheinungen von Spitzenaffection der linken Lunge auftrat. Da in der Mitte des 5. Monats die Symptome zu bedrohlich wurden, wurde die Frühgeburt mit einem englischen Bougie eingeleitet und nach 21 Stunden erfolgte die Ausstossung des Fötus; Placenta wegen Blutung manuell entfernt. Sofort nach erfolgtem Abort konnte Patientin die Suppe vertragen, und erholte sich rasch vollständig.

4. Derselbe. Künstliche Frühgeburt wegen hochgradiger Beckenenge mit Erfolg für Mutter und Kind.

(Ibidem.)

Verf. veröffentlicht den Fall wesentlich zur Stützung der Dohrn'schen Anschauungen. Eine 28jährige I para mit einem scoliotisch-rachitischen Becken und einer Conjugata vera von $2'' 9''' = 7{,}3$ Ctm. war das erste Mal schwer mittelst des Cranioclasts entbunden worden.

Zum 2. Mal schwanger, wurde die Frühgeburt in der 33. Woche durch Einschieben eines Katheters eingeleitet, 19 Stunden darauf, nach 556 Wehen ein Mädchen lebensfrisch geboren (2060. 46).

Beide gesund entlassen, trotz Nachblutung in der 3. Periode.

Fehling (Stuttgart).

---

5. **H. G. Landis.** Ueber den Mechanismus der Vorderscheitellagen (occipito-posterior Positions).

(Amer. Journ. of med. science 1877. Jan. No. 145. p. 71.)

Verf. vergleicht den Geburtsvorgang mit der Art und Weise, wie eine Kugel den gezogenen Büchsenlauf passirt. Die Passage des

Beckens ist ebenfalls »gezogen«, der Kopf ist also zur Adaption gezwungen. Ausserdem sind aber einige Partien nachgiebiger, die andern weniger, so z. B. die Spin. isch. und die Tub. pariet. Letzere sind durch erstere aufgehalten. In 7 mitgetheilten Fällen drehte sich während der Zangenoperation das Hinterhaupt nach vorn.

Fritsch (Halle a/S.).

---

6. **Budin.** Eigenthümliche Kopfdrehung.

(Gaz. med. de Paris. 1877. Jan. No. 4. p. 50.)

Man hat früher verboten, den Kopf mit der Zange ausgiebig zu drehen, weil man eine Wirbelsäulenluxation fürchtete. Dieselbe — glaubte man — müsse sicher dann eintreten, wenn der Rumpf der Kopfdrehung nicht folgte. Durch Beobachtungen ist diese Meinung nie bestätigt. Verf. sah in einem Fall nach Geburt des Kopfes das Hinterhaupt völlig vorn und dann plötzlich sich ganz nach hinten drehen. Das Kind war nicht beschädigt. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

7. **Welponer.** Beitrag zur Schatz'schen Umwandlung von Gesichtslage zu Hinterhauptslage durch äussere Handgriffe.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XI. Hft. 2. p. 346.)

Nach mehreren vergeblichen Versuchen in anderen Fällen gelang dem Verf. im folgenden die Schatz'sche Operation:

21jährige I par. mit allgemein verengtem Becken. I. Gesichtslage bei 2 Ctm. weiter Cervix constatirt, Gesicht beweglich. Nach den Vorschriften, die der Erfinder der Operation giebt, wurde verfahren. Beim 1. Versuch kam die Stirn tiefer, beim 4. drang plötzlich das Hinterhaupt so gewaltsam nach unten, dass die Blase sprang, eine I. Schädellage war entstanden. Nach 5 Stunden erfolgte die Geburt in II. Schädellage (Positionswechsel).

Ein 2. Fall wird zur Bestätigung der Schatz'schen Angabe, dass bei Nichterfolg das Bestehenbleiben einer Stirnlage nicht zu befürchten sei, angeführt:

II par. mit weitem Becken. 2 Stunden nach Blasensprung. Muttermund 8 Ctm. weit. Gesicht ziemlich beweglich. Es gelingt, die Stirn nach unten zu bringen, doch kann man trotz combinirter Handgriffe das Hinterhaupt nicht einleiten. Die Stirnlage bleibt nur kurze Zeit bestehen. Die Geburt erfolgt in Gesichtslage. [Ref. veröffentlichte einen Fall, wo nach erfolglosem Versuch durch äussere Umwandlung zum Ziele zu kommen, dieselbe doch durch combinirte Handgriffe bewirkt wurde. (Klinik der geburtsh. Operation, II. Aufl. p. 157.)]

Auch Kormann veröffentlicht in der Deutschen med. Wochenschrift No. 5 und folg. einen Fall von Umwandlung von Gesichtslage in Hinterhauptslage nach Wasserabfluss durch innere Handgriffe.

Fritsch (Halle a/S.).

---

8. **J. R. Humphrey.** Umwandlung einer Gesichtslage in Scheitellage mit Hülfe der Knieellbogenlage.

(Amer. Journ. of med. science 1877. Jan. No. 145. p. 126.)

Bei einer I par. mit Hängebauch lag das Gesicht vor. Das Kinn, welches schon anfangs mehr hinten sich befand, drehte sich schliesslich gerade unter das Promontorium. Man entschloss sich nach langem Abwarten zur manuellen Umwandlung. In der Knieellbogenlage wurde die ganze Hand in den Uterus eingeführt und das Hinterhaupt herabgezogen. Dann glücklicher Verlauf.

Fritsch (Halle a/S.).

---

9. **E. L. Partridge.** Dasselbe.

(New-York med. Journal 1877. März.)

Verf. berichtet 2 Fälle von Gesichtslage, in denen er durch combinirte Handgriffe die Gesichtslage in eine Scheitellage veränderte, und das Kind in dieser geboren wurde. Beide Frauen waren Primiparae, die eine sogar nur 15 Jahr alt. Die Bedingungen, unter welchen die Lageveränderung ausgeführt wurde, und welche Verf. für die günstigsten zu deren Erfolg hält, sind folgende: Muttermund fast oder ganz verstrichen, Blase noch erhalten, das Gesicht noch nicht in den Beckeneingang eingetreten oder wenigstens noch von demselben abhebbar; dann eine geräumige Scheide, obgleich in den beiden betreffenden Fällen diese gerade sehr eng war. Auch fehlte in dem einen Falle, in dem die Umänderung zweimal gemacht werden musste, das Fruchtwasser. Die Methode ist folgende: Die Kreissende wird chloroformirt, die ganze der Stirn entsprechende Hand in die Vagina und die Finger nur in die Uterushöhle eingeführt; sind die Eihäute noch unverletzt, so sprengt man sie am Besten jetzt, verhindert jedoch den zu raschen Abfluss des Fruchtwassers durch Verschliessung der Scheide mit dem Vorderarm. Die Finger werden dann über den Scheitel bis an das Hinterhaupt geschoben und ein Zug nach abwärts vorgenommen, der durch das Emporschieben und Lüften des Kindskörpers mit der äusseren Hand wesentlich erleichtert wird. Rasch folgt das Hinterhaupt dem Zuge, der Kopf beugt sich, und die Hinterhauptslage ist fertig. Der Kopf muss nun bewacht, Wehen müssen angeregt werden, und falls dieselben unausgiebig sind und der Kopf Neigung zum Abweichen zeigt, muss er mit der Zange fixirt werden, ohne dass deswegen die Extraction nöthig wäre. — Sollte der Versuch misslingen, so ist, nach Verf., kein Schaden gethan, auch ist das Herbeiführen einer Stirnlage durch die Manipulation nicht wahrscheinlich, da das Gesicht noch über dem Beckeneingang steht. Dass diese Lageänderung, ohne Gefahr für Mutter und Kind verbunden, wie sie ist, durch die Mortalitätsverhältnisse der Kinder bei Gesichtslagen angezeigt und gerechtfertigt ist, hält Verf. für vollständig erwiesen und stimmt darin Playfair, unter Andern, bei. (So auch Schatz. Ref.)

Munde (New-York).

---

10. **P. F. Mundé.** Entfernung des zweiten Zwillings und beider verfaulten Placenten zwei Tage nach der Geburt des ersten Kindes.

(Amer. Journ. of obstetr. 1877. Jan. p. 103.)

$7^1/_2$ Monat nach dem Beginn der Gravidität stirbt die Frucht ab. Einige Zeit danach wird ein macerirter Foetus geboren. Bei der Untersuchung fühlt man eine zweite Blase und in ihr untere Extremitäten. Wegen Enge des Muttermundes wird zunächst nicht weiter operirt. Nach zwei Tagen kommt Verf. zu dem Fall, er entfernt sofort das zweite verfaulte Kind. Der Muttermund ist nur für einen Finger passirbar. Es wird in die Umbilicalvene Eiswasser gespritzt. Dies Verfahren leistete dem Verf. stets gute Dienste betreffs Anregung der Uterincontractionen. Hier nützte es Nichts. Der enge Muttermund wurde mechanisch, manuell erweitert, sodass die Hand in den Uterus gleiten konnte. Beide verfaulten Placenten werden entfernt. Dann spritzt man den Uterus zunächst mit Essig und Wasser, dem einzigen vorhandenen Desinfectionsmittel aus. Am andern Tage wird die Cavität des Uterus zweistündlich mit Carbolsolution gereinigt. Das Wochenbett verlief normal. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

11. **A. Steger.** Atresia uteri als Geburtshinderniss.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 1877. No. 2. p. 43.)

Verf. hat zwei einschlägige Fälle beobachtet. In dem ersten war der Muttermund einer über 40 Jahre alten Erstgebärenden durch eine feste Membran von der Dicke einer Cornea verschlossen und konnte mit dem Fingernagel durchgekratzt werden, worauf dann die Geburt in normaler Weise verlief. Im zweiten Falle handelte es sich um eine zwanzigjährige Erstgebärende, bei der die Geburt vor mehreren Tagen begonnen und die während der Schwangerschaft an starkem fluor albus gelitten hatte. Verf. fand den Kopf tief im Becken, vermisste aber den Muttermund. Erst am folgenden Tage fand er mit Mühe eine Vertiefung, die er als Muttermund deuten musste. Die Lippen waren kaum merklich über die Umgebung erhaben und der Grund der Vertiefung durch eine Membran gebildet, die ebenso dick war, wie die umgebende Uteruswand. 3—4 kleine Einschnitte, die mit dem Bistouri an dieser Stelle gemacht wurden, hatten den Erfolg, dass 36 Stunden nachher die Membran bedeutend dünner war. Auf eine nun vorgenommene vollständige Durchschneidung und Dilatation mittelst des Fingers folgte in den nächsten 24 Stunden die vollständige Eröffnung des Muttermundes, der Blasensprung und die Geburt, die — nach 8tägiger Dauer — mit der Zange beendet wurde. Das Wochenbett verlief normal. — Als Merkwürdigkeit für seine Gegend bezeichnet es Verf., dass die Wärterin der Gebärenden eine 17jährige, zum dritten Mal Schwangere war. **Oeri** (Basel).

---

12. **Spire.** Obliteration der Scheide bei der Geburt beobachtet, Incision.

(Arch. de Tocologie 1877. Jan.)

Eine 28jährige Frau hatte 4 Jahre zuvor ein reifes 2—3 Tage abgestorbnes Kind geboren, und war 15 Tage im Wochenbett krank gewesen. Bei der 2. Geburt wird der Verf. gerufen und findet die kleinen Labien durch eine Membran zusammenhängend, die in der Mitte nur ein kleines Loch als aditus vaginae zeigt, dahinter den andrängenden Kopf. Einschnitt mit geknöpftem Messer, zwischen den Armen einer Polypenzange, doch bleibt die rechte kleine Labie noch resistent, nach einiger Zeit ein Krach, bald darauf folgt der Kopf. Trotz eines dilatirenden Instruments hat die Membran grosse Neigung zur Verwachsung, nach 2 Monaten ist die Oeffnung nur noch unter Zerreissung des Gewebes für den Finger durchgängig.

Ursache und Zeit des Verschlusses sind unbekannt. Die Angabe der Hebamme, dass das Hinderniss bei der ersten Geburt noch nicht vorhanden gewesen, ist nach Analogie andrer Fälle doch nicht so glaubhaft, um darauf fussend Hypothesen aufzustellen, wie und wann die Membran entstanden. **Fehling** (Stuttgart).

---

13. **Wahl.** Zerreissung der Symphysis ossium pubis und der Harnröhre, Necrosis ossium pubis mit Ausgang in Genesung.

(Bair. Aerztl. Intell.-Blatt 1877. No. 4.)

Eine 38jährige I para wurde vom Verf. bei »fast über dem Becken stehenden Kopfe« mittelst des Forceps entbunden. Eine sofort nach der Geburt unternommene Untersuchung ergiebt eine Zerreissung der Symphyse und der Harnröhre.

Nach 10 Wochen vollständige Heilung. Verf. sucht den Grund in einer abgelaufenen Nekrose, da er sich sonst bei einem so geringen Eingriff die Zerreissung nicht erklären könne.

Schellenberg (Leipzig).

---

14. **Messner.** Graviditas extrauterina. Laparotomie mit günstigem Erfolg für die Mutter.

(Medicin. Corr.-Bl. f. Württemberg Bd. XLVI. No. 37.)

Verf. berichtet einen von Anfang an beobachteten Fall von Extrauterinschwangerschaft. Vor 3 Jahren war eine normale Entbindung vorausgegangen. Gravidität begann Ende März; im April und Mai, zur Zeit der zu erwartenden Menstruation, kolikartige Leibschmerzen, peritonitischer Natur, so dass zuerst an Oophoritis gedacht wurde, später an abgesacktes eitriges Exsudat. Verf. fand ein vergrössertes, schmerzhaftes Ovarium rechts, undeutlich daneben einen 2. Tumor. Die periodisch auftretenden, höchst schmerzhaften Unterleibskrämpfe wurden durch Morphiuminjectionen bekämpft. Ende Juli fand Eiterdurchbruch durch die Vagina statt, dadurch wird die rechte Ovarial-

gegend schmerzfrei, aber nicht leer, immer deutlicher zeigt sich daneben die Zunahme des zweiten Tumors.

Im September wieder enorme Schmerzanfälle, Mitte September wird ein Gefässgeräusch, Ende September Herztöne am Unterleib entdeckt, und so der schon gehegte Verdacht einer Gravid. extraut. bestätigt. Vom Uterus wird nur gesagt, dass der Scheidentheil so weit nach hinten stand, dass die Sonde sich nicht einführen liess. Ende November verschwindet der Fötalherzschlag und tritt 3 Mal starke Blutung aus der Vagina auf. Im Januar und Februar Schmerzanfälle und Morphiumanwendung fast continuirlich. Endlich Einwilligung zur Operation.

Am 7. Februar Operation, Schnitt in der Mittellinie, Sack völlig mit den Bauchdecken verwachsen, nach Abgang meconiumhaltigen Fruchtwassers wird ein 6—7 Monat alter Knabe herausbefördert, welk, abgemagert, Placenta an der, dem Geräusch entsprechenden Stelle, 1 Ctm. dick, blutleer. Unter mässigem Fieber heilt mit Carbolausspritzungen der Sack langsam zu, Fistel im April noch 10 Ctm. tief. Menstruation von der 6. Woche an regelmässig. Nach 9 Monaten völlige Genesung.

Ob der Fall Ovarial- oder Abdominalschwangerschaft gewesen, lässt Verf. unerörtert. Nach den Anfangssymptomen und Befund liesse sich an erstere denken, zumal dieselben nach Schröder durchaus nicht so selten sein sollen. **Fehling** (Stuttgart).

15. **L. de Bellina.** Sieben günstige Fälle von Transfusion defibrinirten Blutes.

(Comptes Rendus 1877. No. 4.)

Nach einem der französischen Academie vorgelegten Bericht betont Verf. in seiner spanisch publicirten Arbeit die Wichtigkeit der Anwendung defibrinirten Blutes, um der Gefahr der Embolie durch entstandene Gerinnsel zu entgehen. Der angeblich sehr ingeniöse Apparat erhielt 1870 von der Academie einen Preis. Die Fälle beziehen sich auf Eklampsie, Asphyxie eines Neugebornen, Blutung nach Abort, nach Entfernung eines Uterinpolypen, bei Atonie in der Nachgeburtsperiode, ferner Blutung bei Magengeschwür und Leukocythämie nach Hämorrhoidalblutungen. Nähere Angaben fehlen.

Fehling (Stuttgart).

16. **G.** und **F. E. Hoggan.** Eine Transfusion mit Aveling's Apparat.

(Brit. med. Journ. 1877. März 31.)

Bei einer 49jährigen Frau wurde der Cervix theils mittelst des Drahtecraseurs, theils mit der Scheere exstirpirt; Blutstillung durch das Glüheisen. Die ersten Tage geringe Nachblutung, am 5. Tag starker Blutverlust, so dass wegen dringender Lebensgefahr eine Transfusion unternommen wurde. Dies geschah mit Aveling's Appa-

rat. Dieser besteht aus einem Kautschukballen, von dem nach beiden Seiten eben solche Schläuche ausgehen, die mit feinen Metallröhrchen enden, welche in die Blutgefässe der blutspendenden und zu transfundirenden Person eingestochen wurden. Der Apparat wird vor dem Gebrauch mit lauem Wasser gefüllt. Nach 3 — 4 maligem Zusammendrücken des Ballens versagte der Apparat, ebenso nach vorgenommener Reinigung, wahrscheinlich in Folge von Verstopfung durch Gerinnsel. Patientin starb nach 3 Stunden. Verf. kommen daher zum Schlusse, das nächste Mal mit der ersten besten Spritze und defibrinirtem Blut die Transfusion machen zu wollen.

Fehling (Stuttgart).

---

17. **A. Bocchini.** Transfusion.

(Il Raccoglitore medico Forli 1877. No. 2.)

Bei einer 44jährigen Frau, die seit zwei Jahren an heftigen Blutungen litt, gegen welche sich alle Mittel, auch die subcutanen Ergotininjectionen, wirkungslos erwiesen hatten und ein von der hintern Wand des Uterus ausgehendes ziemlich grosses (der Uterus erreichte fast den Nabel) Fibromyom zeigte, machte Verf., als die Frau in Folge einer heftigen Blutung sterbend schien, die Transfusion von 160 Grm. defibrinirtem, auf 35° C. erwärmtem, der Vene eines kräftigen 28jährigen Mannes entnommenem Blute. — Die Patientin erholte sich etwas. Fünf Tage darauf wurden wieder 150 Grm. Blut eingespritzt, welche einem anderen, 45jährigen Manne entnommen worden waren. Die Wassersucht verschwand, die Frau genas. Die Blutungen kehrten nicht wieder; der Uterustumor fing an sich zu verkleinern und war nach etwa 4 Monaten vollständig verschwunden. Die Frau ist noch jetzt (zwei Jahre nach der Transfusion) gesund geblieben und ist normal menstruirt. **Liebman** (Triest).

---

18. **Gavinzel.** Ueber die Transfusion.

(Thèse de Paris.)

(Bull. gén. de Thérap. 1877. Bd. I. p. 47.)

Die Transfusion, plötzlich wieder in den Vordergrund getreten, ist eben so plötzlich wieder vergessen. Doch scheinen in ausserdeutschen Ländern noch Versuche gemacht zu werden, so von Cavazzini (Gaz. med. ital. prov. venete. 30. Dec. 1876. p. 425), der sie bei Metrorrhagien einer an Sumpffieber Erkrankten ausführte. Auch der Verf. ist für die Transfusion begeistert, »eine Operation, welche 150 Menschenleben gerettet habe.« **Fritsch** (Halle a/S.).

---

19. **M. Duncan.** Ueber die Beziehung der Dammrisse zum Kindskopf.

(Edinb. med. Journ. 1877. Febr. p. 673.)

Verf. weist darauf hin, dass die Art und Weise der Passage des Beckenausgangs lange nicht so genau studirt sei, als die des Becken-

eingangs. Besonders wichtig sind 3 Durchmesser, resp. Circumferenzen des kindlichen Kopfes:

Die suboccipito-verticale	Diameter	$3^1/_2''$	— Circumferenz	$11^1/_4''$
- suboccipito-bregomate	-	$4''$	— -	$12^1/_2''$
- suboccipito-frontale	-	$4^1/_4''$	— -	$12^3/_4''$

Verf. verweist auf eine frühere Arbeit, in welcher er betont hat, dass die Risse von innen nach aussen zu Stande kommen.

Fritsch (Halle a/S.).

---

20. **Martel.** Perforation der Scheide durch geburtshülfliche Manipulationen. Peritonitis. Tod.

(Arch. de Tocol. 1877. Jan.)

Bei einer 41jährigen IIpar. mit etwas langsamen Geburtsverlauf (15 Stunden Wehen) versuchten 2 Aerzte mehr als 10 Mal die Zange anzulegen, dann folgt ein ebenso vergeblicher Versuch der Wendung und danach der Kephalothrypsie.

Die Patientin wird nun zur Klinik gebracht und hier Perforation und Kephalothrypsie leicht von Depaul gemacht. Tod der Frau am 2. Tag. Die Autopsie erwies Quetschung der Ileopsoades, Cervix völlig zerrissen, im Scheidengewölbe ein 5 Frankengrosses Loch.

Ein trauriger Beweis für die Schädlichkeit des zu frühen Operirens, wie es leider nur zu oft noch geschieht und — zu selten bestraft wird.

Fehling (Stuttgart).

---

21. **Seeley.** Modification des Dilatators von Barnes.

(Amer. Journ. of med. science 1877. Jan. p. 278.)

An dem geigenförmigen Dilatator von Barnes hat der Verf. die Röhre zum Aufblasen seitlich angebracht. Der Dilatator ist in der Mitte durchbohrt, und diese Durchbohrung endet oben in einen metallenen Knopf. Man kann somit, wenn durch die Röhre im Centrum eine Sonde, welche oben gegen den Knopf stösst, geführt wird, die Länge des Dilatators erhalten und ihn bequem einbringen. Erst nachdem er richtig liegt, kann er aufgeblasen und auch während des Aufblasens noch fixirt werden.

Fritsch (Halle a/S.).

---

22. **Rein.** Ueber Exstirpation des schwangeren Uterus, als Ersatzoperation für Kaiserschnitt.

(Medicinsky Westnik 1876. No. 44. russisch.)

Die neueren Erfolge der Laparotomie bei Myomen des Uterus haben R. auf den im Titel ausgesprochenen Gedanken gebracht. Demselben nachgehend hat er Experimente an Katzen und Kaninchen gemacht, im Ganzen 13. Anfangs gelangen die Operationen nicht, in Folge von Fehlern bei der Ausführung. Die Bauchdecken des schwangeren Thieres wurden in der Linea alba durch einen ein paar Centimeter langen Schnitt gespalten, der Gebärmutterhals auf ver-

schiedene Weise unterbunden, der Uterus aus der Bauchwunde hervorgezogen, nach Spaltung desselben die Früchte entfernt, dann der Uterus oberhalb der Ligatur abgeschnitten, und die Bauchwunde vernäht, wobei der Stumpf in der Bauchwunde befestigt wurde, mit welcher er in gelungenen Fällen verwuchs. — Alle Katzen und die ersten Kaninchen, die so operirt wurden, starben, weil der Stiel nicht gut genug verwahrt war und nach der Operation keine besondere Vorsicht angewendet wurde. — In den späteren Fällen wurde der Cervix sorgfältig doppelt unterbunden und die Thiere nach der Operation in möglichster Ruhe erhalten, und so blieben mehrere Kaninchen am Leben. — Zu bemerken ist, dass die Früchte sämmtlich lebend extrahirt wurden.

R. zieht hieraus den Schluss, dass die Operation auch auf den Menschen Anwendung finden könnte, und vindicirt ihr a priori folgende Vorzüge vor der Sectio caesarea: Die Blutung bei der Operation kann nur unbedeutend sein, es wird kein grosses, verwundetes Organ in der Bauchhöhle zurückgelassen, das noch dem ganzen Involutionsprocess unterliegt, endlich wird die Wiederholung einer Schwangerschaft unmöglich. — R. geht schliesslich so weit, die Momente der Operation, wie sie beim Menschen auf einander folgen müssten, namhaft zu machen. — **E. Bidder** (St. Petersburg).

23. Ueber Post-partum-Haemorrhagien; Discussion in der Obst. soc. of Edinb. Session XXXV.

(Edinb. med. Journ. 1877. Jan. p. 650.)

Milne gebraucht bei Post-partum-Hämorrhagien einen Tampon, welchen er in den Muttermund legt. Duncan betont, dass Venen eigentlich nicht bluten, dass also Blutdruckveränderungen statthaben müssen. Den Tampon gebraucht er nicht. Keiller ist der Meinung, dass die Furcht oft zu gross ist. Ein Eingriff kann oft unterbleiben. K. ist gegen den Druck von oben, und empfiehlt eine combinirte Methode. Einspritzungen und Tamponade macht er nicht. Bruce meint, man müsse die unregelmässige Wehenthätigkeit und die häufig zu schnelle Placentaentfernung in Anschlag bringen. Carmichael beschuldigt das Chloroform oft Nachblutungen zu machen; deshalb soll man beim Chloroformiren stets Secale geben. Er erzählt einen Fall, wo manuelle Compression und Ergotin keine Contraction bewirken konnten. Man legte das Kind an die Brust und die Blutung stand sofort. Dies war ihm ein Fingerzeig bei Nachblutungen stets die Brustwarzen zu reizen. Duncan sah nie einen Todesfall als unmittelbare Folge einer Nachblutung. Gordon empfiehlt den Tampon dann, wenn die Blutung durch einen grossen Riss hervorgebracht wird. Auch Simpson glaubt, dass der Tod nur selten durch Verblutung eintritt. Er sah eine Frau, welche Zwillinge geboren hatte, und erst nach Stillung der Blutung starb. Uebrigens sei die Stelle, wo die Placenta gesessen habe, sehr wichtig.

Fritsch (Halle a/S.).

24. **J. Hyde Houghton.** Sicherung gegen Blutungen in der Nachgeburtsperiode.

(Brit. med. Journ. 1877. März 24.)

Verf. hat mehr als 30 Jahre in seiner geburtshülflichen Praxis nach der Entbindung Bandagen benutzt aus eingewickelten Tüchern gegen Nachblutung. Nur einmal bei einer sehr grossen, fetten Frau versagte die Methode. Die Frau erholte sich jedoch und das nächste Mal liess er zuvor eine Bandage aus Leder anfertigen, die schon vor der Entbindung aufgelegt und hernach so fest angezogen wurde als es die Frau ertrug. Seit 8 — 9 Jahren lässt er stets schon einige Zeit vor der Geburt des Kindes diese Bandage anlegen und hat seither nie eine irgendwie bedrohliche Blutung gehabt.

Fehling (Stuttgart).

---

25. **Roth.** Zur Prophylaxe des Puerperalfiebers.

(Bair. ärztl. Intelligenzbl. 1877. No. 7.)

Anknüpfend an den bair. Ministerialerlass vom 15. Dec. 1875 und gestützt auf 21 selbst beobachtete Fälle von Puerperalfieber schlägt Verf. folgende Sätze zur Annahme vor:

1. Die Hebammen sollen verpflichtet sein, bei jeder Entbindung ein Desinfectionsmittel zu gebrauchen.

2. Bei fieberhaften Erkrankungen der Wöchnerinnen in den ersten 10 Tagen des Wochenbetts muss die Hebamme die Berührung derselben und der mit den Lochien beschmutzten Gegenstände vermeiden. Wird ein Erkrankungsfall als Puerperalfieber erkannt, so soll die Hebamme entweder die betr. Patientin nicht mehr besuchen, oder keine Entbindung mehr übernehmen.

Der betr. Ministerialerlass berücksichtigt nur Punct 2, Verf. hebt aber selbst hervor, und Jeder wird zustimmen, wie schwer gerade dieser auszuführen ist. Verf. hebt daher nochmals den grösseren Werth der praktischen Durchführung des 1. Punctes hervor, empfiehlt eine Lösung von 12,0 Benzoesäure in 60,0 Alkohol mitzuführen, dann werden bei der Geburt 2 Esslöffel auf 1 Liter Wasser zur Desinfection der Hände, Instrumente, zu Douchen genommen.

Die weiteren Betrachtungen über das Wesen des Puerperalfiebers enthalten nichts Neues. **Fehling** (Stuttgart).

---

26. **Bantock.** Vereiterung einer Ovariencyste nach der Entbindung. Zwei Punctionen. Injection von Jodtinctur. Heilung.

(The obstetr. Journ. of Great Britain and Ireland 1877. März. No. 48.)

Eine $18^1/_2$ Jahre alte Frau erkrankte im zweiten Wochenbett unter den Erscheinungen einer Beckenperitonitis, und stärkerer Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Eine Probepunction entleerte ein bedeutendes Quantum einer serös eitrigen Flüssigkeit. Diagnose: vereiternde Ovariencyste. Da jedenfalls in Folge von Luft-

ansammlung in der Cyste sich hohes Fieber anschloss, wurde zum 2. Mal punctirt, wobei sich wieder eine grosse Menge guten Eiters entleerte. Hierauf wurde die Cyste mit einer schwachen Jodlösung ausgewaschen. Danach fiel das Fieber. Patientin erholte sich schnell. An Stelle der Cyste blieb nur ein kindskopfgrosser solider Tumor zurück. **Leopold** (Leipzig).

---

27. **Aveling.** Einfluss der Lagerung auf die weiblichen Geschlechtsfunctionen.

(The obstetr. Journ. of Great Britain and Ireland 1877. Febr. April u. März.)

Indem Verf. den Einfluss der Lagerung auf die Functionen der Beckenorgane bespricht, hebt er zunächst betreffs der Ovulation und deren Anomalieen hervor, dass z. B. eine sitzende Lebensweise und gewisse Stellungen die Hyperämie der Ovarien befördern und somit das Reifen der Follikel erleichtern resp. erschweren könne. Auch die Functionen der Tuben können durch die Lagerung Anomalieen erleiden, und Sterilität Abdominal- und Tubenschwangerschaft hervorrufen. Auch die Nidation und Denidation (An- und Abschwellen der Uterusschleimhaut nach der Menstruation) wird bisweilen bis zu starker Wucherung und Abstossung der totalen Schleimhaut gesteigert. In derselben Weise hängen manche Formen der Menstruation, z. B. die excessive von der Stellung und Lage der Frau ab und wird besonders betreffs des Coitus und der Befruchtungsmöglichkeit betont, dass die letztere in einigen Fällen nur bei ganz bestimmter Lagerung der Frau eintritt und dass im gegebenen Falle die Vereinigung der glans penis und des os internum zu erzielen ist. Die horizontale Lage sei nicht immer die zweckmässigste. Während der Schwangerschaft treten durch die verschiedenen Lagen nicht selten Lageveränderungen der Gebärmutter auf, während die Geburt am rechten Ende der Schwangerschaft, wie frühzeitig durch ungünstige Stellung und Haltung der Frau nicht selten herbeigeführt wird.

Hierauf beschäftigt sich Verf. mit der Erschwerung der Geburt, und sucht nachzuweisen, wie bestimmte und gewohnheitsmässige Stellungen Verkrümmungen der Wirbelsäule und Verengerung des Beckens, zumal bei Rachitischen hervorbringen, und einen wesentlichen Einfluss auf die Beckenneigung und die Verbindung der Beckenknochen haben.

Gewisse Stellungen führen ferner schwere Geburtscomplicationen hervor, unter denen Verfasser als Ursachen den zu kurzen und zu langen Nabelstrang (Zerrungen und Blutungen inter partum und Vorfall des Stranges), ferner die Gebärmutterruptur und den Dammriss namhaft macht.

Von grosser Wichtigkeit ist die Lage der Frau im Wochenbett, da hiervon der normale Verlauf des Wochenflusses und die Involution des Uterus wie die Entleerung des Harns und der Faeces abhängig sei. Eine fortwährende, sehr gebräuchliche Rückenlage der Wöch-

nerin sei nicht rathsam, weil dadurch nicht selten Stagnation der Lochialsecrete mit Fieber, selbst Septikämie, ferner Erschwerung der Defäcation etc. erfolge. Vielmehr sei eine Abwechslung in der Lage wünschenswerth (Seitenlagerung, kurze Zeit Aufsitzen während der Mahlzeiten und des Nährens des Kindes, selbst Knieellenbogenlage zur Application von Lavements etc.), welche vielen Anomalieen vorbeuge.

Die Lage der Frau ist auf die Geburt von wesentlichem Einfluss. Die aufrechte Stellung dabei wird von den Meisten wegen der bekannten Gefahren verworfen; sie ist wie die sitzende Stellung höchstens in der Eröffnungsperiode bisweilen zulässig, während die kniende Stellung bekanntlich während der Austreibungsperiode empfehlenswerth ist.

Ueber die Rücken-, rechts- und linksseitige Lage knüpft dann Verf. mehr historische und feuilletonistische Bemerkungen an, die nichts Neues bringen. **Leopold** (Leipzig).

---

28. **Neugebauer.** Fibromyoma vaginae. Beitrag zur Lehre von den Vaginal-Tumoren.

(Prager Vierteljahrsschrift Band 134.)

Eine 41 Jahr alte Frau, die neun Mal geboren hatte, bemerkte schon nach der ersten Entbindung im unteren Theil der vorderen Vaginalwand eine kleine, härtliche, schmerzlose Geschwulst, die allmälig zu bedeutendem Umfang wuchs und aus der Vulva hervortrat.

Die Geschwulst sass mit kreisrunder, 4 Ctm. breiter Basis an der vordern Scheidenwand, war mit glatter, rother Schleimhaut überzogen, die am kugelförmigen Gipfel der Geschwulst exulcerirt war, und wurde als ein Fibrom der Blasen-Scheiden-Scheidewand angesehen. In der Steinschnittlage wurde der Tumor mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt, wobei eine starke, schwer zu stillende Blutung eintrat. Schon nach wenigen Wochen hatte sich auf dem Stumpf ein 5 Ctm. langes und 4 Ctm. breites Recidiv entwickelt, welches durch den Ecraseur entfernt wurde. Wiederum starke Blutung. Die Harnröhre wurde durch einen Katheter geschützt. Normaler Verlauf. Radicale Heilung. Die beiden Tumoren waren Fibromyome.

Im Anschluss an diesen Fall stellt Verf. 34 Fälle von Fibromyomen der Scheide aus der Literatur zusammen und kommt dabei zu folgenden Schlüssen:

1. Solide Geschwülste nicht carcinomatöser Natur sind in der Scheide sehr selten.

2. Sie sind meist Fibrome oder Fibromyome, am seltensten reine Sarcome.

3. Ihr Sitz in der Scheide ist beliebig. Ihre Entwickelung an kein Alter der Kranken gebunden.

4. Die Geschwulst wächst meistens langsam, kann aber eine Grösse bis zu 10 Pfund erreichen.

5. Sie macht im Ganzen keine besonderen Beschwerden; kann aber unter Umständen ein absolutes Hinderniss bei der Geburt werden.

6. Die Art der Exstirpation richtet sich nach der Basis des Tumors. Starke Blutungen treten sehr leicht dabei ein. Die Resultate sind für gewöhnlich günstig. **Leopold** (Leipzig).

---

29. **F. D. Lente.** Operation der Atresia vaginae bei einer verheiratheten Frau.

(Amer. Journ. of obstetr. 1877. Jan. p. 85.)

Eine Frau von 28 Jahren leidet seit Beginn der Catamenien an starker Dysmenorrhoe. Der Ausfluss ist höchst unbedeutend. Bei der vom Ehemann veranlassten Untersuchung findet sich Atresia vaginae mit minimaler Oeffnung. Die Vagina endet unmittelbar hinter dem Hymen. Diese Theile ähneln denen eines jungen Mädchens vor der Pubertät. Der Uterus konnte als gut entwickelt gefühlt werden. In die minimale Oeffnung wird erst ein schmales Bistouri geführt, dann in die durch Schnitte nach vorn und hinten angelegte Oeffnung eine Zange. Dabei gelangt man zunächst hinter den Douglasschen Raum und es gelingt erst allmälig sich zu der vorn in einer Art Tasche der Vagina stehenden Portio hinzuarbeiten. Es wird in die hergestellte Vagina ein Dilatatorium (Sims) gelegt. Die Heilung schreitet ohne Störung fort. Die nächste Menstruation verlief mit geringen Symptomen. **Fritsch** (Halle a/S.)

---

30. **M. Schüller.** Ueber Localbehandlung des chronischen Blasenkatarrhs.

(Deutsche med. Wochenschr. 1877. No. 7. p. 76.)

Aus einer grösseren Arbeit über das obenstehende Thema heben wir das den Gynäkologen interessirende hervor: Der chronische Blasenkatarrh scheint bei Frauen seltener zu sein als bei Männern, da bei Frauen, wie Civiale sagt, die organischen Dispositionen fehlen. Als ätiologisches Moment wird auch bei Frauen mangelhafte Entleerung genannt, und zwar können Verziehungen der Blase und Harnröhre, Druck auf beide durch die verlagerte Gebärmutter, durch Tumoren oder Exsudate die Entleerung hindern. Ferner wird auch eine Entzündung aus der Harnröhre fortgeleitet, so dass chronischer Blasenkatarrh entsteht. Auch den Läsionen der Geburt folgt die Affection mitunter. Namentlich konnte Verf. bei 6 Fisteln beobachten, dass trotz der Fistel die Entleerung eine unvollständige war. Es bestanden in diesen Fällen Recessus. Ein interessanter Fall wird mitgetheilt: Frau B., 52 Jahr, hat 5 Mal geboren, leidet an Dysurie seit 5 Wochen. Urinretention, 1800 Grm. Urin durch Katheterisation entleert. Im Leib fühlt man einen starrwandigen Tumor. Die Blase, welche die Form eines frischentbundenen Uterus hatte, contrahirte sich bisweilen unter schneidenden Schmerzen. Der Ute-

rus war bedeutend vergrössert und retroflectirt. Der elongirte, wulstige Cervicaltheil hatte die Harnröhre verlagert und dadurch mangelhafte Entleerung und chronischen Blasenkatarrh bewirkt. (Einen höchst ähnlichen Fall, bei dem die Blase sich ebenfalls wie der Uterus anfühlte, theilte Ref. mit. Klinik der geburtshülfl. Operation, II. Aufl. p. 222.) Es wurde die Excision der elongirten Portio ausgeführt. Patientin starb an Peritonitis.

Auch für diese Fälle verlangt Verf. mit Recht eine locale Behandlung, welche in Ausspülungen mit Lösungen von Arg. nitr., Zinc. sulf., Cupr. sulf. etc. zu bestehen hat. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

31. **M. Duncan.** Ein Fall von anhaltender Gonorrhöe der linken Duverney'schen Drüse.

(The Lancet 1877. März. 3.)

Patientin, eine gesunde, kräftige, ledige Person, regelmässig menstruirt, hatte sich vor 5 Jahren der Gelegenheit einer Infection ausgesetzt und seitdem an einem Ausfluss aus der Vagina gelitten. Bei ihrer Aufnahme am 20. Novbr. 1875 klagte sie über häufigen Drang zum Uriniren und Schmerz dabei, eine kleine polypöse Carunkel wurde am Eingang zur Urethra gefunden und entfernt. Ein nebenbei vorhandener leichter Cervicalkatarrh wurde durch einmalige Anwendung eines Zink-Alaunstiftes beseitigt. Die Reizbarkeit der Blase verschwand nach der Entfernung der Carunkel, doch der eitrige Ausfluss hielt an, bis sich bei genauer Untersuchung die linke Duverney'sche Drüse als von Eiter erfüllt zeigte. Es wurde dagegen eine zweimalige Einspritzung einer Sol. Arg. nitr. (1 : 25) mittelst einer Thränensackspritze angewendet. Pat. wurde bald geheilt entlassen. Verf. betont noch, dass das Leiden nicht früher entdeckt wurde, weil die Drüsen nicht vergrössert oder entzündet waren, wie sonst gewöhnlich, und auch keine Empfindlichkeit oder Anschwellung auf die Theile aufmerksam machte. **Underhill** (Edinburg).

---

32. **R. Godlee.** 3 Fälle von Gas in der Peritonealhöhle ohne Perforation der Eingeweide.

(Brit. med. Journ. 1877. März. 17.)

Der 1. Fall des Verf. betrifft einen Mann mit Lebervergrösserung und Ascites, über der vergrösserten Leber ergab die Percussion tympanitischen Schall. Bei der Autopsie wurde kein Darm auf der Leberoberfläche gefunden. Der 2. Fall betraf eine kräftige Frau, die in Folge eines Unterleibstumors schon 3 Wochen an Obstructio litt. Bei der Colotomie fand sich das Peritoneum durch Gas vorgetrieben, erst nach Durchschneidung desselben fand man die Därme. Bei der Autopsie fand sich keine Perforationsöffnung. Der 3. Fall fand sich bei einer 72jährigen Person, hier wurde ebenfalls nach dreiwöchent-

licher Verstopfung die Leberdämpfung vermisst, und bei der Operation Gas im Bauchfellsack gefunden. Verf. meint, dass eine Osmose Schuld sein müsse an diesem Austritt von Gas in's Peritonealcavum.

Fehling (Stuttgart).

---

33. **Mader.** Hegar's Trichterapparat.

(Pester med. chirurg. Presse 1877. No. 11.)

Verf. stellte Versuche mit dem bekannten Trichter an Cadavern an. Er fand, dass nach Aufhören der Todtenstarre selbst bei hohem Druck es unmöglich ist, Wasser in den Mastdarm einfliessen zu lassen. Erst nach Spaltung und Zurückschlagung der Bauchdecken gelang dies und zwar ziemlich unter demselben Wasserdruck wie beim Lebenden. Demnach kommt Verf. zum Schluss, dass für gewöhnlich die Bauchwandungen keinen Druck ausüben, sondern dass die zum Druck nöthige Höhe (14 Ctm.) der Höhe des Wassers im Colon descendens entspreche.

Bei Einführung von 2 Liter Wasser kann man dasselbe im Dünndarm nachweisen, nach 4 Liter selbst $1^1/_2$ Meter hoch im Ileum. Lufteintreibung mittelst einer Wolff'schen Flasche gelingt noch leichter und rascher.

Bei künstlicher Stenose, wo das Lumen federkieldick war, floss das Wasser ohne Druckerhöhung durch, bei der Enge einer Hohlsonde fand kein Durchfluss mehr statt. Bei künstlicher Incarceration konnte Einströmen von Luft die Schlinge nicht bewegen.

Was die Anwendung betrifft, so spricht sich Verf. gewiss richtig dahin aus, dass der Apparat die ehrwürdige Klystierspritze verdrängen werde, er empfiehlt ihn ferner zum Einführen medicamentöser Lösungen in den Dickdarm, bei Ruhr, Bandwurmcuren, zur Lufteintreibung, bei Volvulus, ferner diagnostisch bei retroperitonealen Tumoren. Endlich für Ausspülung des Magens, der Blase und des Thorax.

Fehling (Stuttgart).

---

34. **S. Lindner.** Fall von Gallenblasenfistel.

(Pest. med.-chirurg. Wochenschr. 1877. No. 7.)

Bei einer 55jährigen Frau, die 5 Mal leicht geboren, findet sich eine wallnussgrosse Geschwulst über der Symphyse, $^1/_2$ Jahr später bis 3 Ctm. über die Schamfuge herabreichend. Pat. klagt über brennende Schmerzen, leidet an Speichelfluss. Nach spontanem Durchbruch folgt Entleerung einer ölartigen Flüssigkeit mit einer Oeffnung auf der rechten Seite des Unterleibs, 11 Ctm. unter dem Nabel. Während länger dauernder Eiterung entleeren sich mehrmals kleine Gallensteinchen.

Fehling (Stuttgart).

---

35. **Hegar.** Exstirpation des Uterus und der Eierstöcke durch die Laparotomie.

(Wiener med. Presse 1877. No. 14 — 17.)

Verf. hat Uterus und Ovarien exstirpirt, um dadurch eine höchst lästige Reflexneurose und eine Anzahl von der bestehenden Metritis abhängiger Symptome aufhören zu machen.

Das Hauptleiden der Pat. bestand in einem äusserst heftigen, rauhen Husten. Derselbe durch Insufflationen von Gummi arab. pulv. wesentlich gebessert, kehrte schliesslich doch alle 24 Stunden wieder und zwar in einer so starken Weise, „dass Pat. zu ersticken drohte". Dabei litt das Allgemeinbefinden erheblich. Zu gleicher Zeit wurde ein Gummiring getragen und wegen fortwährender Schmerzen und Schlaflosigkeit Chloral und Morphium gebraucht. Auch ein Intrauterinstift wurde angewendet, derselbe war bez. der Reflexneurose von wunderbarem Erfolg aber die zunehmenden Leibschmerzen und die Blutungen nöthigten zur Herausnahme des Stiftes. Jetzt, nachdem alle gebräuchlichen Mittel erschöpft waren, blieb nur noch als ultimum refugium die Entfernung der Organe übrig, an welche sich die Symptome knüpften. War auch die Entfernung des Uterus und der Ovarien lebensgefährlich, so war es der jetzige Zustand nicht minder, und eine definitive Heilung war nach Exstirpation der Ovarien und des Uterus sehr wahrscheinlich. Demnach hielt Verf. die Operation für gerechtfertigt. Da die Chancen nach den Erfahrungen H.'s bei extraabdominaler Stielbehandlung besser waren, so suchte man, gleichsam orthopädisch, die Beweglichkeit des Uterus zu begünstigen. Es gelang durch mehrfaches Einlegen und Anfüllen eines Colpeurynters den Uterus bis 4 Ctm. unter den Nabel zu heben. Bei der Operation wurde ein Schnitt gemacht, welcher 2 Ctm. unter dem Nabel begann und 2 — 3 Ctm. über der Schoossfuge endete. Mit 3 Fingern holte dann Verf. den Uterus heraus, doch waren die Ovarien nicht in die Wunde zu ziehen. Das linke Ovarium war adhärent und wurde manuell gelöst, dabei platzte an dem unregelmässig geformten Organe eine kleine Cyste. Hierauf schnitt Verf. nach Unterbindung erst den linken dann den rechten Eierstock weg. Der Uterus, der nicht bis genau in die Gegend des Isthmus über die Bauchdecken gezogen werden konnte, wurde mit doppelter Drahtligatur ligirt, und dann $1^1/_2$ Ctm. oberhalb derselben abgeschnitten. Den Rest fixirte Verf. durch 2 wenig oberhalb der Ligatur durchgestochene Lanzennadeln über der Wunde. Die Nachbehandlung bestand in Auflegen von in Chlorwasser getauchten Wattebauschen. Pat. wurde vollkommen geheilt, noch nach 3 Monaten war der Husten nicht wiedergekehrt.

Von höchstem Interesse sind die Bemerkungen, die Verf. an den mitgetheilten Fall knüpft.

Es war die Gesundheit durch die Menorrhagie und die Schmerzen so untergraben, dass bei Zustimmung der Patienten schon dadurch die Operation gerechtfertigt schien. Vor allem aber wurde die Indication durch die Reflexneurose gestellt; dass diese Hustenparoxysmen mit der Anteflexio zusammenhingen war durch den Effect des Intrauterinstiftes bewiesen, der ja, wie bemerkt, leider nicht vertragen wurde. Betreffs der Technik setzt Verf. auseinander, dass die besonders wichtigen Befestigungsmittel die Lig. sacro- uterina sind. Dieselben werden aber durch einfaches Erheben des Uterus nicht sonderlich gedehnt, und namentlich werden sie nicht in der für die

Operation nöthigen Richtung nach vorn und oben gedehnt. Verf. schlägt verschiedene Manipulationen vor: so z. B. die Portio direct nach vorn zu ziehen. Ueber die Möglichkeit einer prophylactischen Durchschneidung der genannten Bänder hat sich Verf. noch nicht schlüssig gemacht. Das andere Hinderniss für das Hineinziehen des Uterus in die Bauchwunde — die seitlichen Befestigungen der Eierstöcke, wird am besten dadurch gehoben, dass man erst gesondert beide Ovarien abbindet und entfernt und dann medianwärts davon die seitlichen Ligaturen für den Uterus legt. Als Desinfectionsmittel empfiehlt Verf. das Chlorwasser, dem er zum Theil seine bekannten überaus günstigen Erfolge zuschreibt. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

36. **Koeberlé.** Cyste des breiten Mutterbandes.

(Gaz. de Strassbourg 1877. Febr. 1.)

K. zeigt einen Tumor vor, der aus einer Cyste und einer grösseren, stark ausgezerrten Partie des breiten Mutterbandes besteht. Die Oberfläche zeigt zahlreiche Blutaustretungen und alte Adhäsion. Die Punction ergab 18 Liter einer blassbraunen Flüssigkeit mit einem Stich ins Blutige, welche die Reaction auf Paralbumin nicht bot. Dies und andere Verhältnisse liessen eine Cyste des breiten Mutterbandes vermuthen, welche starke Verwachsungen eingegangen hatte. Die Operation bestätigte diese Annahme vollständig, die Exstirpation war sehr schwer, einige sehr tief gelegene Partien der Cyste mussten mit dem Messer getrennt werden. Eine grosse Partie des breiten Bandes wurde mit weggenommen und der Rest mittelst 4 Serre-noeuds im unteren Wundwinkel befestigt. Die Ovarien waren gesund. Nach K. bieten diese Cysten meist keine ernsten Schwierigkeiten bei der Exstirpation, wenn man sich an das von ihm empfohlene Verfahren hält. Er hat in den letzten Jahren 11 Mal solche Cysten exstirpirt und jedesmal mit gutem Erfolg. **Runge** (Strassburg i/E.).

---

37. **Stilling.** Neue Fälle von Ovariotomie etc.

(Deutsche med. Wochenschr. No. 4. 5. 10. 11. 12. 13.)

Verf., einer der ersten und bedeutendsten Ovariotomisten Deutschlands, den wir schon aus manchem vorzüglichen Aufsatz in der früheren Deutschen Klinik kennen, liefert wiederum Beiträge zur Ovariotomie. Dieselben beweisen, dass Verf. jeden Fortschritt der Chirurgie sich zum Nutzen gemacht hat. Den Beginn der Aufsätze bildet ein Panegyricum auf die Lister'sche Wundbehandlung, von der Verf. mit Recht viel bessere Resultate bei der Ovariotomie erwartet. Hierauf werden zunächst einige interessante Fälle mitgetheilt. Der erste betraf ein multiloculäres Cystoid mit grossen Adhäsionen. Es wurde unter Lister'schen Cautelen operirt und ein ausgezeichneter

Erfolg erzielt. Verbandwechsel am 3., 10., 15. Tage. Im 2. Fall handelte es sich um eine Patientin, bei welcher früher die Ovariotomie glücklich ausgeführt war. Nach 5 Jahren trat wieder Vergrösserung des Leibes ein, Ascites constatirt, kein Tumor zu fühlen, Punction, Abfluss von $2^1/_2$ Eimer Flüssigkeit, die colossale Mengen Eiweiss enthält.

Nun fühlt man harte Massen, die Flüssigkeit sammelt sich rapid wieder an, Kräfteverfall. Operation unter Lister's Cautelen, Schnitt dicht zur Seite der alten Narbe, 2 Eimer bernsteingelbe Flüssigkeit fliessen ab. Der Tumor besteht aus zahllosen, haselnussgrossen, leicht berstenden Cysten und geht deutlich von der alten Stielnarbe aus. Lister'scher Verband, 3 Drainageröhren. Die Heilung wurde durch Erbrechen, Schmerzen und Anorexie aufgehalten, war aber vollständig.

In einem späteren höchst beachtenswerthen Aufsatz theilt Verf. seine Ansichten über die Schicksale der versenkten Stiele mit. Es bildet sich bei diesen Enmasse-Ligaturen eine so tiefe Rinne, dass zwei kugelförmige Theile entstehen, welche sich über die Rinne hinweg berühren. Dadurch entstehen organische Verbindungen zwischen dem unteren noch ernährten und dem abgeschnürten Stück. Diese Adhäsionen ernähren das letztere. Eine Ernährung geschieht aber auch in anderer Weise, indem nämlich trotz der Ligatur durch die geschnürte Stelle selbst, sich hier und da winzige Bahnen für den Blutstrom bilden. Dadurch erklärt Verf., dass das abgeschnürte Stück durchaus keine nachtheiligen Einflüsse ausübt.

Der nächste Aufsatz ist betitelt, über die »Ovariotomie in einem Acte,« darunter versteht Verf. die Methode, bei welcher der Stiel versenkt, der schützende Verband angelegt und somit eine fortgesetzte Behandlung eines extraperitonealen Stiels unnöthig wird. Zunächst werden die nachtheiligen Folgen der extraperitonealen Stielbehandlung geschildert. diese Folgen bestehen in dem Zug und Gegenzug, in der Zerrung des Stiels, im Zurückschlüpfen desselben, in der mühsamen Ueberwachung etc. Die Vorschriften, die Verf. hierauf für die Versenkung des Stiels giebt, sind die wohl jetzt überall acceptirten; grösste Reinlichkeit, Lister'sche Principien, Anwendnug von Catgut, möglichst starke Zusammenschnürung, Vermeidung zu dicker Stiele (Theilung in mehrere Partien), mehrfache Knotung um das Aufschlingen zu vermeiden, sorgfältiges Herauspräpariren der Cystenreste und Glättung des Stiels, möglichst genaue Bauchnaht, Listerscher Verband.

Zuletzt wird ein nach diesen Principien — in einem Act — operirter Fall mitgetheilt. Decrepide Patientin, in dem Bauchraum circulirte kaffeebraune Flüssigkeit, viele Adhäsionen, sehr morsche Cystenwandungen, bedeutende Blutung. Die exstirpirte Geschwulst war (nach Beneke) ein zusammengesetztes Ovarialcystoid mit medullarcarcinomatösen Wucherungen. Am 9. Tag wird der Verband zum ersten Mal geöffnet, man sah absolut kein Wundsecret, und hatte

die Ueberzeugung, dass der Verband noch länger hätte liegen können. Am 14. Tage wieder Verbandwechsel, vollkommene Vernarbung, geringe Eiterung einiger Stichcanäle, vollkommene Heilung.

Fritsch (Halle a/S.).

---

38. **G. Codd.** Ein Fall von Ovariotomie.

(The Lancet 1877. Jan. 27.)

Patientin war 23 Jahr alt, sehr abgemagert und geschwächt. Die Operation ging unter Chloroform vor sich, es fanden sich einige weiche Adhäsionen. Der Stiel wurde mit Catgut unterbunden versenkt. Weder ein Schwamm, noch sonst etwas der Art wurde in die Bauchhöhle eingebracht, sondern die Frau wurde auf die Seite gedreht, um die Flüssigkeiten abfliessen zu lassen. Das Gewicht des soliden Theils der Geschwulst betrug 10 Pfund, die Flüssigkeit ca. $6^1/_2$ Liter. Die Wunde wurde durch 4 Hasenschartennadeln geschlossen, dazwischen oberflächliche Silberdrahtsuturen. Keine Drainage. Die Nadeln wurden am 7. Tag, die Nähte am 15. entfernt. Patientin befand sich nach Verlauf eines Monats ganz wohl.

Underhill (Edinburg).

---

39. **R. Hesse.** Ovariencyste mit Electrolysis behandelt.

(Amer. Journ. of obstetr. 1877. Jan. p. 78.)

Eine 43jährige Patientin hat vor 3 Jahren Schwellung des Unterleibes bemerkt. Da der Fall nicht zur Operation drängt, so beschliesst Verf. Electrolyse anzuwenden. Es wurde eine 3 Zoll lange Nadel in der Mitte zwischen Pubes und Nabel in den Tumor gestossen und der andere Pol an das Os uteri 10 Minuten lang gesetzt. Die Schmerzen waren nicht gross. Nach zwei Tagen war der Leib schlaff, die Circumferenz 3 Zoll kleiner. Nunmehr wurden zwei negative Electroden in Nadelform in den Tumor eingeführt, der positive Pol lag wieder am Os externum. Die Sitzung dauerte 15 Minuten. Nach der dritten Sitzung wurde wieder eine Abnahme um 3″ constatirt. Nach einer abermaligen Application nahm die Circumferenz wieder 2″ ab. Die Circumferenz blieb nunmehr gleich, jedoch fühlte sich der Leib härter an. Ueber den ferneren Verlauf ist leider Nichts mitgetheilt.

Fritsch (Halle a/S.).

---

40. **Lebedinsky.** Ueber pathologisch-anatomische Veränderungen an den Eierstöcken bei Scharlach.

(Sitzungsprotoc. der Gesellsch. St. Petersburger prakt. Aerzte für 1876. St. Petersburg 1877. Sitzung am 15. Sept. russisch).

L. findet das makroskopische Ansehen nicht verändert, weder an der äussern Oberfläche, noch auf Durchschnitten. Zur mikroskopischen Untersuchung wurden die Ovarien erst in Müller'sche Flüssigkeit, dann in Gummilösung gelegt, endlich in Alkohol gehärtet, oder mit Pikrinsäure behandelt. — Schnitte aus solchen Präpa-

raten zeigen alle Graaf'schen Follikel parenchymatös entzündet, angefangen von trüber Schwellung des Epithels bis zu völliger Verödung desselben. Je jünger die Follikel, desto stärker sind sie verändert. Das Ovarialstroma ist nicht afficirt, nur in der Umgebung einzelner Follikel hyperämisch. — Die grössten Zerstörungen fand L. bei einem 8jährigen Mädchen, das 3 Wochen nach dem Scharlach an Masern erkrankte, denen sie in 8 Tagen erlag. Hier war der grösste Theil der Follikel von einer feinkörnigen, structurlosen Masse erfüllt und in grösseren Partien der Corticalschicht fehlten Follikel sogar ganz. — Ausserdem fanden sich immer Narben, in allen Stadien der Entwickelung. —

L. parallelisirt die Affection der Ovarien mit den bekannten parenchymatösen Erkrankungen anderer Organe bei Infectionskrankheiten. Ihr Resultat ist: Verödung einer grösseren oder geringeren Zahl von Follikeln mit Narbenbildung, folglich auch Störung der Function der Ovarien in verschieden hohem Grade, so dass sogar die Fortpflanzungsfähigkeit der betroffenen Personen in einzelnen Fällen fraglich werden könnte. **E. Bidder** (St. Petersburg).

---

41. **N. Zoja.** Cystocele durch einen Ovarientumor verursacht.

(Annali Universali di med. e Chirurg. 1877. Febr.)

In der Leiche einer 79jährigen, an Bronchialkatarrh gestorbenen Frau fand man eine vom linken Ovarium ausgehende, einkammerige Cyste, die im kleinen Becken eingekeilt war (grösste Circumferenz der Cyste 38 Cent.) und den Uterus und das Rectum nach rechts, die Harnblase etwas nach links verschob. Die Blase selbst war etwas erweitert, aber leer und hatte durch den Druck eine Abplattung und eine eigenthümliche Deformation erlitten, so dass sie aus zwei Lappen zu bestehen schien. Der kleinere (untere) Lappen sass dem grösseren (oberen) wie ein Divertikel auf und war durch das linke Foramen obturatorium aus der Beckenhöhle getreten, bildete also eine wirkliche Hernie, welche die Grösse einer halben Nuss hatte und von der Muskulatur der inneren Seite des Oberschenkels bedeckt war.

Blos der untere hintere Theil der Hernie war vom Peritoneum überzogen, welches eine Art Bruchsack bildete. Die Hernie enthielt etwas Urin und war an keiner Stelle mit der Umgebung verwachsen; sie grenzte vorn an den Muskulus pectinaeus; an der äusseren und oberen Seite des Bruchhalses befand sich die Arteria obturatoria (welche von der hypogastrica kam); oben grenzte der Bruch an den Knochen, unten an den Muskulus obturat. externus. **Liebman** (Triest).

---

42. **Emmet.** Entfernung eines Fibroms durch Zug.

(Amer. Journ. of obstetr. 1877. Hft. I.)

An einen im Detail beschriebenen Fall von Exstirpation eines grossen Fibroms bei einer 28jährigen Frau knüpft Verf. allgemeine Betrachtungen über die Operation.

Der Tumor reichte bis an den Nabel, sass breitbasig an der vorderen Uteruswand als submucöser Polyp auf. Nach einigen Dosen Ergotin und als der Tumor in die Vagina und das Becken eingetreten war, wurde er Stück für Stück mit der Scheere entfernt, jedoch gelang es nicht ihn ganz zu eliminiren, bei der Operation wurde der Damm verletzt, nachher wurde Jodtinctur in den Uterus gespritzt und heisses Wasser um Contractionen des Uterus anzuregen. — Die Operation hatte 2 Stunden gedauert, das Entfernte vom Tumor wog 8 Pfund. Blutverlust nicht bedeutend, Tod 9 Stunden nach der Operation.

Verf. hat 11 oder 12 Fibrome so entfernt nachdem sie begonnen hatten in die Vagina einzutreten, von 3 bis $8^1/_2$ Pfund Gewicht.

Er warnt vor der Operation, wenn man nicht sicher ist, dass die Uteruswand genug Energie besitzt sich nachher zu contrahiren wegen der Gefahr der Verblutung und der Blutvergiftung. Als Criterium dafür dient uns das Verstreichen des Cervix, dann ist man sicher auf Unterstützung von Seiten der Uterusmuskulatur rechnen zu können; ist der Tumor schon in die Vagina eingetreten, so darf wegen der dann beginnenden Zersetzung die Operation nicht mehr aufgeschoben werden. Auf alle Fälle muss man den Tumor ganz entfernen; Uteruscontractionen sind durch Ergotin und örtliche Mittel anzuregen; für alle Fälle empfiehlt sich zum Entfernen die Scheere, nicht der Ecraseur. Vor der Operation schlinge man das Fibrom mit einem Schlingenschnürer an. **Küstner** (Halle a/S.).

---

43. **B. B. Browne.** Uterusfibrom, eine Eclampsie verursachend.

(Amer. Journ. of obstetr. 1877. p. 38.)

Verf. bespricht zunächst Aetiologie und Vorkommen der Fibroide; dann wird folgender Fall mitgetheilt: Frau von 36 Jahren, 6 Jahre steril verheirathet, leidet an Dysmenorrhöe, der Leib ist ausgedehnt, wie im 7. oder 8. Monat der Gravidität. Ein intramurales Fibrom befindet sich in der vorderen Wand. Nach Ergotininjection wurde der Tumor schnell grösser, es traten eclamptische Anfälle ein. Der Urin war vollständig verhalten, ohne Eiweiss, das Gesicht und die Füsse wurden ödematös. So blieb es 10 Tage, dann brachen Delirien aus, welche durch Bromkali und Chloral nicht zu beruhigen waren. Man chloroformirte jetzt, um den rapid gewachsenen Tumor zu untersuchen, derselbe machte eine derartige Anteversion, dass dadurch die Portio fest gegen die hintere Beckenwand gedrängt war. Nach der Sondirung des Uterus floss 3 Tage lang eine dicke, schwarze Flüssigkeit zur grossen Erleichterung der Patientin aus dem Uterus. Als der Ausfluss aufhört, brechen einige Stunden danach wieder Anfälle aus. Die Portio war wieder, wie früher, so nach hinten gerichtet, dass der Cervicalcanal unpassirbar comprimirt wurde. Nunmehr wurde durch Tamponade des vorderen Cul de sac der Uterus erhoben, und der fernere Ausfluss ermöglicht. Auch »halborganisirte« Massen kamen

aus der Cervix. Allmälig verkleinerte sich der Uterus, die Anfälle kehrten nicht wieder. Nach 8 Wochen erhielt ein Pessarium den $3^1/_2''$ langen Uterus in normaler Lage. Die Menstruation wurde regelmässig.

Den Grund der Anfälle sucht Verf. in dem Druck und dem Reiz, welcher die sympathischen Nervenganglien des Uterus traf.

Fritsch (Halle a/S.).

---

44. **H. A. Reeves.** Ueber rasche Heilung von Hämorrhoidalknoten.

(The Lancet 1877. Febr. 17.)

Unzufrieden mit den Erfolgen der gewöhnlichen Operationsmethoden bei Hämorrhoiden, also der Anwendung der Salpetersäure, der Ligatur, des Glüheisens, versuchte Verf. ein neues Verfahren bei 18 derartigen Fällen im Frauenspital zu London. Die Hämorrhoidalknoten werden stark nach abwärts gezogen und werden punctirt mit der conischen Spitze eines Instruments, das auf den Paquelin'schen Glühapparat passt (vergl. Lancet vom 10. Februar 1877). Die Zahl der heissen Punctionen schwankt mit der Zahl und Grösse der Knoten. Ein Knoten von der Grösse einer Wallnuss erfordert 2 — 3. Eine starke Rothglühhitze soll angewendet, die Spitze leicht rotirt und nicht einfach herausgezogen werden, damit nicht ein Theil des Schorfs mit dem Instrument herausgerissen wird und eine Blutung erfolgt. Geschwüre oder Fissuren, die sich zugleich finden, werden ebenfalls gebrannt. Die Vortheile dieser Methode sind nach Verf. die Raschheit der Ausführung, die kürzere Heilungsdauer (selten mehr als eine Woche), Vermeidung der Nachblutung, es wird nichts entfernt und dadurch die Gefahr eines Abscesses oder einer Fistel vermieden. Es kann keine Strictur als Folge der Operation auftreten, es folgen keine Recidive. Patientinnen, welche einen kleinen Schmerz aushalten können, brauchen kein Anästheticum, da die Operation rasch vorüber ist.

Underhill (Edinburg).

---

45. **J. S. Green.** Ein Fall von Strangulation des Dünndarms in uterorectalen Adhäsionen.

(Amer. Journ. of obstetr. 1877. Jan. p. 99.)

Bei der Section einer Frau, welche im Leben die Erscheinungen der Intussusception dargeboten hatte, fand man eine incarcerirte Hernie der Art, dass der Dünndarm in den Douglas'schen Raum getreten war. Letzterer wurde durch eine grosse Adhäsion, die vom Fundus uteri aus nach dem Rectum zog abgeschlossen; ein kleines Loch in dieser Adhäsion hatte die Bruchpforte gebildet. Verf. bemerkt, dass es vielleicht möglich gewesen wäre, bei der Vaginalexploration die Diagnose zu stellen, dann hätte die Gastrotomie gemacht werden müssen.

Dazu berichtet Peaslee folgenden Fall: Bei einem Beckenabscess bricht der Eiter durch das Rectum und durch die Uterussubstanz durch in die Uterinhöhle. Die Defäcation findet ferner durch die Vagina statt. Zwei äusserst schwierige Operationen werden, um den Verschluss der Fistel zu erzielen, gemacht. 5 Tage nach der zweiten stirbt die Patientin unter den Symptomen des Ileus. Bei der Section findet sich ein stricknadeldickes, fibröses Band von der hinteren Oberfläche des aufsteigenden Colons nach der hinteren Abdominalwand ziehend. Dieses Band bildete mit der Abdominalwand ein Loch von einem Zoll Durchmesser, »und durch dies Loch waren circa 15 Zoll des aufsteigenden und des absteigenden Colons geglitten und strangulirt.« Auch Peaslee spricht sich für die Laparotomie aus.

Dr. S. Beach Jones berichtet einen Fall, bei welchem Thomas beide Ovarien exstirpirt hatte. Es wurde die Laparotomie auf die Symptome des Ileus hin ausgeführt. Indessen waren die Därme durch Carcinose des Peritoneums so fest verwachsen, dass es unmöglich war etwas zu machen. Nichtsdestoweniger überlebte Patientin noch 5 Tage die Operation. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

46. **Edis.** Fälle aus der ambulanten Poliklinik des Middlesex Hospitals.

(Brit. med. Journ. 1877. Jan. 27. p. 104, 105.)

Subacute Vaginitis. Verf. empfiehlt hierbei die Anwendung starker Carbolsäurelösung (die Stärke ist nicht angegeben) mit Benutzung des Speculum. Vorsicht ist nöthig, um nicht die äusseren Geschlechtstheile damit anzuätzen. Bei Brennen verordnet er hernach Morphiumsuppositorien.

Chronische Metritis mit ausgedehnter Granularerosion des Cervicalcanals. Verf. empfiehlt hier bei Congestionszuständen des Uterus Blutegel, hierauf rauchende Salpetersäure, local auf Muttermund und in den Cervix. Daneben innerlich Eisen mit Bittersalz und Tinct. nuc. vomic. Ausserdem tägliche Ausspritzung der Scheide mit Carbolsäure und Borax in Glycerin. Er veranschlagt die Wirkung einer 6maligen Salpetersäure-Anwendung gleich der eines 12maligen Höllensteingebrauchs.

Einklemmung eines Fibroids im Becken, Urinretention, Reposition von der Scheide aus.

Aspiration kleiner Ovarialcysten, von der Scheide aus. Eine linksseitige Cyste entleert bei der Punction 8 Unzen, einige Tage später wird eine rechtsseitige orangegrosse Cyste punctirt, keine Reaction.

Die Kniebrustlage, angeblich wenig bekannt, empfiehlt Verf. bei Retroversio-flexio uteri, Reposition des schwangeren Uterus, eingeklemmten Fibroiden, Fällen von morgendlichem Uebelsein der Schwangeren, Vorfall des Ovariums u. s. w.

Krämpfe im Unterleib bei Frauen sollen besonders von gestörter Verdauung bei Mangel der Schneidezähne herrühren. Therapie zahnärztlich.

Kephalhämatome, Heilung in 2 Fällen durch Aspiration in 8 Tagen. **Fehling** (Stuttgart).

---

47. **J. L. Warren.** Dyspareunia.

(Amer. Journ. of obstetr. 1877. Jan. p. 34.)

Barnes hat das Wort „Dyspareunia" für ein Symptom angegeben, welches man bei vielen Sexualleiden der Frauen beobachtet: für den durch Schmerzhaftigkeit behinderten Coitus. Die Dyspareunia ist ein Symptom vieler Krankheiten, keine Krankheit per se. Deshalb ist es nöthig, stets genau nach dem Grund zu forschen. Verf. führt eine Anzahl der verschiedensten Zustände an, bei welchen der Coitus schmerzhaft ist: unnatürliche Lage der Vulva; Reizung oder Entzündung der Urethra und Carunkeln derselben; Geschwüre, die sich auf den Hymenalresten etabliren; Fissuren der Vagina oder des Anus; schlecht vernarbte Geburtsverletzungen, Dislocation des Uterus, und namentlich der Ovarien bei Retroflexio uteri; Vergrösserung des Uterus nach Aborten oder grosse Einrisse der Cervix nach Geburten; Pelveoperitonitis etc. Häufig ist auch die Vagina zu eng. Die beste Behandlung ist Antiphlogose und Einführung von dilatatorischen Speculis. 3 Fälle werden mitgetheilt.

Fritsch (Halle a/S.).

---

48. **W. M. Chamberlain.** Ein Fall von Hysteroneurosis des Magens.

(Amer. Journ. of obstetr. 1877. Jan. p. 98.)

Pat. ist 30 Jahr alt, hat ein Kind vor 5 Jahren geboren und leidet an chronischer Uterinaffection. Schon während der Schwangerschaft existirte fortwährende Uebelkeit, Brechreiz und Neuralgia pelvica. Zwei Jahr später war das Erbrechen so häufig, dass absolut keine Nahrung im Magen blieb. Einmal musste 27 Tage lang per anum ernährt werden. Nach einiger Besserung verschlimmerte sich der Zustand wieder in einer zweiten Schwangerschaft. Man fand ein Fibroid am Cervix, leitete den Abort ein. Sobald die Pressschwämme den inneren Muttermund erweitert hatten, hörten die Symptome seitens des Magens auf. In diesem Falle sollen die langjährigen Magenbeschwerden nicht mit Magenkrankheit zusammengehangen haben, sondern allein vom Os internum aus reflectirt sein.

Fritsch (Halle a/S.).

---

49. **Aust-Lawrence.** Mittel gegen den Schmerz bei Carcinoma uteri.

(Med. Times and Gaz. 1877. p. 310.)

In zahlreichen Fällen hat sich gegen den Schmerz bei Krebs des Uterus, der Vagina und des Rectums die folgende Behandlung

sehr hülfreich erwiesen. Bei Medullarcarcinom und vorgeschrittenem Epitheliom des Uterus tritt auf Secale cornutum zu 2,0 alle 6 Stunden ein Nachlass jenes intensiven, klopfenden Schmerzes ein, der sich in der Regel nur mit jeder neuen Blutung mindert, die natürlich grosse Erschöpfung mit sich bringt, aber durch das Mittel im Zaume gehalten wird.

Ein anderes sehr werthvolles Mittel ist das Croton-Chloral-Hydrat. Dasselbe mindert nicht sowohl den Schmerz am Sitz des Krebses, als vielmehr die reflectirten Schmerzen im Rücken, in den Schenkeln und der Vulva.

Als örtliches Mittel bewährte sich Carbolsäure. Dieselbe wird unverdünnt mittels kleiner Baumwollstücke durch ein enges Speculum an die krebsige Fläche gebracht. Ausserdem ist die Lösung von 2,0 Glycerin-Carbolsäure in einem Schoppen Wasser morgens und abends zur Injection zu verwenden. **W. Küneke** (Celle).

---

50. **C. Schmidt.** Die Castration der Kühe.

(Arch. f. wissenschaftl. u. prakt. Thierheilkunde 1876. Bd. II. Hft. 2 u. 3.)

In neuester Zeit wurde vielfach die Frage ventilirt, ob nicht die Castration der Kühe zur Erzielung eines grösseren Milchquantums und einer leichteren Mastfähigkeit mehr Verbreitung finden solle.

Diese Frage tauchte schon zu wiederholtenmalen auf und war dann stets das Resultat der angestellten Versuche, dass die Castration zwar zur Heilung der Stiersucht — Nymphomanie — das vorzüglichste Radicalmittel abgebe, eine besonders ausgiebigere Milchproduction und Erhöhung der Mastfähigkeit aber nicht erreicht wurde.

Die Operation, zuerst im 16. Jahrhundert ausgeführt, wurde vereinzelt von einigen Landwirthen verlangt und vom Verf. durch Flanken- oder Vaginalschnitt ausgeführt.

Verf. beobachtete dabei, dass allerdings die Nymphomanie sicher geheilt wird, dass aber mit Sicherheit die Fleischproduction nicht zunimmt. Die Lactation wird zwar verlängert, aber nicht vermehrt.

Deshalb soll die Operation definitiv verworfen werden. Da Verf. in sorgfältigster tabellarischer Form die Nahrungseinnahme und das Gewicht controlirte, so kann seinen Untersuchungen besonderer Werth beigemessen werden. **Röckl** (Stuttgart).

---

51. **H. Beigl.** Ueber accessorische Ovarien.

(Wiener med. Wochenschr. 1877. No. 12.)

An der Grenzlinie des Peritoneums an den Ovarien, wie sie von Waldeyer in das rechte Licht gesetzt wurde, kamen nicht selten kleine Gebilde vor, die wahrscheinlich öfter als kleine Fibroide angesehen wurden. Diese Gebilde hat B. unter 350 weiblichen Genitalien 8 Mal gefunden. Ihr Standort war immer die Waldeyer'sche Grenzlinie; ihre Grösse variirte von derjenigen eines Hanfkorns bis

zu der einer kleinen Kirsche (8 Mm. Durchmesser), die meisten sassen an einem schlanken Stiele, mehr als 3 kamen an einem Ovarium nicht vor; Waldeyer bildete deren 6 ab. B. hat diese Gebilde an den Genitalien jeden Alters beobachtet. Bei mikroskopischer Untersuchung fand B., dass dieselben aus normalem Eierstockgewebe mit Follikeln in den verschiedensten Entwicklungsstadien bestehen. Waldeyer sprach sich auf B.'s Anfrage über diese Körper dahin aus, dass er sie als Nebeneierstöcke in optima forma halte, einzelne derselben mögen auch späterer Abschnürung vom Ovarium ihr Dasein verdanken. Den Namen Nebeneierstock hält B. für unzweckmässig, da dieser schon für das Parovarium in Anspruch genommen ist. Da diese Gebilde Follikel in der verschiedensten Entwicklungsphase zeigen, steht der Annahme nichts entgegen, dass nicht nur die normalen Functionen der accessorischen Ovarien denjenigen der primären vollkommen gleich sind, sondern dass auch die pathologischen Vorgänge ihrer Follikel von denjenigen, welche in den normalen Ovarien Platz greifen, sich in keiner Weise unterscheiden.

Bandl (Wien).

---

52. **R. Olshausen.** Ueber Ovariotomie.

(Sammlung klinischer Vorträge No. 109.)

Dass früher nur Einzelne so vorzügliche Resultate bei der Ovariotomie erreichten, beruht hauptsächlich darin, dass sie verstanden, die septische Infection auszuschliessen. Das Verdienst, dieses zuerst betont zu haben, gebührt Sims, welcher die Drainage des Douglas empfahl, wodurch wenigstens die Eliminirung in der Bauchhöhle zurückgebliebener und leicht zu Infection Veranlassung gebender Stoffe eher ermöglicht wurde. Die Unnöthigkeit dieses Verfahrens hob Schröder hervor unter der Bedingung, dass man überhaupt die Infection ausschliessen kann, und in dieser Lage befinden wir uns seit Lister seine Wundbehandlung erfand. Vf. hat 8 Fälle hintereinander mit dieser Methode geheilt und es unterliegt heute gar keiner Frage mehr, dass das Lister'sche oder ein gleichwerthiges Desinfectionsverfahren den Vorzug vor aller anderen Behandlung verdient. Die Drainage des Douglas bietet, wie die Erfahrungen des Vf. und anderer (Nussbaum) zeigen, nicht dieselbe Garantie. Dieselbe ist entschieden eine neue Pforte für die Infection und scheint besonders für die »glatten« Fälle gefährlich zu sein, wo die resorbirende Fläche des gesammten Peritoneums intact geblieben ist, gegenüber denen wo durch zahlreiche Flächenadhäsionen eine grosse Partie des Bauchfells an Resorptionsfähigkeit eingebüsst hat. Drainage durch den Douglas mit aseptischem Verbande der Bauchwunde hat Vf. in 3 Fällen angewandt, von denen einer (Sepsis) lethal verlief. — Vor der Resorption von Carbolsäure durch das Peritoneum vom Spray aus braucht man sich nicht zu fürchten, zweckmässig ist es aber, erwärmten Spray zu nehmen, um die starke Abkühlung zu vermeiden.

Drains in die Bauchhöhle unter dem Lister'schen Verbande scheinen nur beschränkt nöthig zu sein, zurückbleibendes Blut und Cystenflüssigkeit wird bei Ausschluss der Sepsis schnell resorbirt. Jedenfalls hat das Lister'sche Verfahren den entschiedenen Vorzug vor allen anderen, dass Operateur sowohl als Assistenz sich nicht so ängstlich vor Leichen, jauchenden Wunden, Phlegmonen etc. fernzuhalten brauchen als im anderen Falle entschieden nöthig ist und setzt so jeden Arzt in die Lage, bei Ovariotomien auf Erfolge rechnen zu können, die sonst blos dem Ovariotomisten gehörten. Das aseptische Verfahren führt consequenterweise zur intraperitonealen Stielbehandlung und schliesst die Klammer aus. Vf. hat in 33 Fällen den Stiel mit Catgut unterbunden, ohne je etwas Nachtheiliges gesehen zu haben.

Was die Behandlung der Adhäsionen betrifft, so tritt Verf. der Ansicht, dass die parietalen bei noch unverkleinertem Tumor zu trennen seien, entschieden entgegen. Auf alle Fälle pungire man den Tumor sofort, wenn man über die Grenze der beiden Schichten Peritoneum oder Cystenwand nicht im Klaren ist; im anderen Falle trenne man sie bei noch unverkleinertem Tumor nur so weit, als man von der Schnittwunde aus mit 4 Fingern bequem erreichen kann, dann pungire man. Das Trennen mit der ganzen Hand hat den Nachtheil, 1) dass der Tumor an einer unberechenbaren Stelle birst, 2) dass man über entsprechende Blutungen, über die Quelle derselben bis zur Elimination des Tumors im Unklaren bleibt. Netzadhäsionen werden nie ohne Controle des Auges getrennt, stärkere doppelt unterbunden, central stets mit Catgut. Sehr vorsichtig sind Darm- und Blasenadhäsionen zu trennen, desgleichen die im kleinen Becken; sind dieselben sehr umfänglich, so löse man sie nicht, binde darüber den Tumor in mehreren Partien ab und scheue sich nicht, Stücke von Cystenwand zurückzulassen. Die Furcht vor Recidiven ist nach den bisherigen Erfahrungen wenigstens für Colloidcystome ungerechtfertigt. Dergleichen Fälle seien vielleicht besser mit Drainage und häufigen Durchspülungen als nach Lister zu behandeln. Bei sehr grosser Zerreisslichkeit des adhärenten Tumors muss man so schnell wie möglich zum Stiel zu kommen suchen und ihn provisorisch oder definitiv ligiren oder comprimiren; das ist die einzige Manier, wie man die dann ungeheuren Blutungen bemeistern kann. Dass die intraligamentöse Entwickelung des Tumors für die Operation ungünstige Chancen bietet, erkennt Vf. natürlich an, obwohl er bezüglich der Therapie nicht so muthlos als Kaltenbach ist. Handelt es sich in solchem Falle um eine Cyste des Parovarium, so genügt ja zur Heilung schon die Excision irgend eines Segmentes der Cystenwand. Die schlimmsten Tumoren sind die papillären Cystome, falls sie in den ligamentis latis ihren Sitz haben; sie sind dann meist klein und doppelseitig; vielleicht müsste man sich therapeutisch mit einer Unterbindung der Spermatikalgefässe begnügen.

Küstner (Halle a/S.).

53. **P. Grenser.** Die Rückwärtslagerungen der Gebärmutter bei Jungfrauen und Nulliparen, nebst Bemerkungen zur Retroflexio uteri congenita.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. X. p. 311 f.)

G. beobachtete in der Praxis unter 168 Fällen von Retrodeviationen 37 bei Jungfrauen und sterilen Frauen: 18 Retroversionen, 19 Retroflexionen. Auf dieses Material basirend bespricht er die Pathologie und Therapie der Affection.

Ob die Retroflexio congenital vorkomme, bezweifeln die meisten Autoren, G. kennt nur ein seiner Zeit von Ruge in Berlin demonstrirtes Präparat von Retroflexio uteri congenita. — Für das Zustandekommen der Deviation bei Nulliparen führt als ätiologische Momente G. Anämie Obstruction, chronische Katarrhe der Genitalien, parametrale Processe, Neoplasmen in der hinteren Wand (Fibromyome) und Höhle des Uterus, Fall während der Menstruation, Masturbation. — Verf. warnt davor, junge Frauen, die noch nicht geboren haben, ohne Weiteres für Nullipara zu halten da er beobachtet habe, dass Aborte im Beginne der Ehe sehr häufig seien. —

Charakteristisch für die Affection ist das Verhalten der Portio; die virginale Form verschwindet, die vordere Lippe wird kurz, oft kürzer als die hintere, der äussere Muttermund sei meist keine Querspalte, sondern rund, punctförmig und geschlossen (entgegen Scanzoni's Ansicht). Diese Verengung des Muttermundes wird als Folge der passiven Hyperämie und interstitiellen Oedems betrachtet. Das Corpus uteri ist in Umfang und Durchmesser vergrössert, selten atrophisch. Unter den Symptomen ist die Sterilität hervorzuheben, dieselbe habe ihren Grund nicht in der Knickung (Sims) sondern in der ungeeigneten Beschaffenheit des Muttermundes und der Hyperämie der Uterusschleimhaut mit consequenter Schleimansammlung in der Höhle.

Die Therapie hat sich meist gegen die Deviation und die Sterilität bedingende Beschaffenheit des Muttermundes (Hysterotomie) zu wenden. Hebelpessarien sind meist ungenügend, weil die Enge der Vagina einen genügend grossen Hebel nicht aufzunehmen im Stande ist.

G. hat demnach ausser dem hieraus Ersichtlichen den Nachweis geführt, dass es falsch ist von angeborener Sterilität zu sprechen, so lange die Ursache derselben nachweislich in einer erworbenen Störung der Genitalien zu suchen ist, und dass bei Rückwärtslagerungen des Uterus von angeborener Sterilität nur ganz ausserordentlich selten die Rede sein kann. **Küstner** (Halle a/S.).

54. **Tarpet.** Schädelfractur durch die Zange, operative Reduction der verschobenen Knochenfragmente.

(Monv. med. No. 15. p. 227.)

Vf. theilt folgenden Fall mit: Bei einer Rachitica von 8 Ctm. Conjugata wird die Zange angelegt. Nach einigen kräftigen Tractionen fühlt der Operateur ein plötzliches Nachgeben, danach erfolgt sofort die Geburt. Das Kind ist tief asphyktisch, aphonisch, der linke Augapfel ragt hervor, die Conjunctiva ist tief sugillirt, die rechte Gesichtshälfte paralytisch, die rechte Körperhälfte anscheinend paretisch. Geringe Convulsionen. Ueber dem rechten Ohr besteht eine Comminutivfractur, keine blose Depression. Die Vertiefung beginnt auf der Stirn circa 2 Ctm. unter dem vorderen Endpuncte der Diameter occipito frontalis und endet auf dem os parietale circa 2 Ctm. hinter der linea auriculo-bregmatica; das abgebrochene Stück vom Stirnbein ist schräg aufwärts geschoben über das abgebrochene Stück des Seitenwandbeines. Rapide entwickelt sich ein Cephalhaematom. Verf. hat die Ansicht, »dass ohne ein schnelles Aufheben der Compression das Kind absolut verloren sei. Deshalb wird das Pericranium incidirt und mittelst eines Tirefond die Knochen in ihr Niveau gebracht. Das Blut des Cephalhaematoms fliesst aus, es wird ein Collodium-Verband angelegt. Unmittelbar nach der Operation verschwindet die Aphonie, der Schrei des Kindes wird »excellent«, Convulsionen treten nicht wieder ein, die Exophthalmie geht zurück, die Facialisparalyse ist am anderen Tag verschwunden. Jede Spur einer Gehirncompression hört auf. Das Kind wird am 16. Tage gesund entlassen, es hat seit der Geburt 150 Grm. zugenommen. (Dieser Fall beweist wohl, dass ein Kind viel aushalten kann, dass aber die Operation gerechtfertigt und dass die Besserung des Zustands des Kindes von der Operation abhing, ist sicher nicht bewiesen. Ref.) **Fritsch** (Halle a/S.).

---

55. **J. Bordley.** Verschlucken eines Kautschuksaugstöpsels.

(Amer. Journ. of med. science 1877. Jan. 145. p. 278.)

Ein 18 Monate altes Kind hatte unbemerkt einen grossen Saugflaschenstöpsel aus Kautschuk verschluckt. Er blieb 90 Tage symptomlos in den Gedärmen, 4 Tage vor der Ausstossung bestand hartnäckige Verstopfung, die Verf. auf einen Aufenthalt an der Ileocoecalklappe bezieht. Der Stöpsel war rauh, ausgezackt, und nicht mehr elastisch. **Fritsch** (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S., an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Erster Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 10 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 7. **Sonnabend, den 23. Juni.** **1877.**

Inhalt: Kleinwächter, Mastitis ausser Zusammenhang mit dem Puerperium. (Original-Mittheilung).

1. **Bischoff,** Entwickelung des Säugethiereies. — 2. **Prochownick,** Fruchtwasser. — 3. **Lahs,** Einfluss der Lageänderung der Gebärenden. — 4. **Gusserow,** Schräges Becken. — 5. **Munde,** Einfluss der Narcotica auf den Fötus. — 6. **Emmet,** Risse des Cervix. — 7. **Joseph,** Glüheisen. — 8. **Chassagny,** Wundbehandlung. — 9. **Cuthill,** Secale. — 10. **Bruck,** Chromsäure. — 11. **Agnew,** Gelseminum. — 12. **Hamburger,** Quecksilberausscheidung. — 13. **Ahlfeld,** Dottergefässe. — 14. Derselbe, Nabelschnurbruch. — 15. Derselbe, Zwillinge. —

16. **Triaire,** Abort. — 17. **Griffith,** 18. **Johannovsky,** 19. **Leopold,** 20. **Berger,** 21. **Beigel,** 22. **Burt,** Bildungsfehler der weiblichen Genitalien. — 23. **Rockitansky,** Gynäkologische Mittheilungen. — 24. **Popel,** Intermenstrualschmerz. — 25. **Winkler,** Ovariotomie. — 26. **Lewin,** 27. **Magnin,** Illusorische Wirkung der Abortiva. — 28. **Netzel,** Intrauterine Blutung ante partum. — 29. **Purefoy,** 30. **Dumont-Pallier,** Extrauteringravidität. — 31. **Breithwaite,** 32. **Underhill,** Anästhesie bei der Geburt. — 33. **Duncan,** 34. **Hikman** Inversio uteri. — 35. **Küstner,** Puerperale Infection der Neugeborenen. — 36. **Colognese,** Spina bifida. —

I. Mastitis ausser Zusammenhang mit dem Puerperium.

Von

Prof. Dr. **Ludwig Kleinwächter** in Prag.

Entzündungen der Brustdrüse ausserhalb der Schwangerschaft und dem Wochenbette sind beim Weibe höchst selten. Ich finde in der Literatur der letzten 20—25 Jahre nur einen einzigen einschlägigen Fall verzeichnet, der von Gosselin (Gaz. de Hôp. 7. 1876. Schmidt's Jahrbücher Band 172. 1876. p. 138) erwähnt wird. Es war eine 25jährige Person, die nie schwanger gewesen und sich beim Putzen der Schuhe mit der Bürste in die linke Brust gestossen hatte, worauf

eine Blutunterlaufung entstand, der weiterhin eine umschriebene wahre Mastitis nachfolgte. Es kam zur Eiterung und künstlichen Eröffnung des Brustabscesses.

Zwei derartige Fälle hatte auch ich zu beobachten Gelegenheit.

Eine 26jährige gesunde Dienstmagd, die nie menstruirt und geboren hatte, wurde von einem 2jährigen Kinde, welches sie auf dem Arme getragen, an der linken Mamma gekratzt. Den folgenden Tag schwollen die betreffenden Achseldrüsen an und wurden schmerzhaft, 24 Stunden später folgte unter Fieber und Schmerzen die linke Brust. Am 4. Tage kam die Person, ziemlich heftig fiebernd (Temp. 39, Puls 120) in die Krankenanstalt. Die linke Brustdrüse war geschwellt, nach aussen neben der Papille zeigte die Haut zwei thalergrosse entzündete Flecken. Diese Stellen waren namentlich bei Berührung schmerzhaft, und fühlten sich härter an als das benachbarte Gewebe, die Achseldrüsen waren haselnussgross, empfindlich. Unter der Anwendung eiskalter Ueberschläge liessen die Entzündungserscheinungen nach. Am 9. Tage ihres Spitalaufenthaltes verlangte die Kranke, nach Hause zu gehen und wurde daher entlassen. Drei Tage später suchte die Person die Krankenanstalt von neuem wieder auf. Der Process hatte sich verschlimmert, an der entzündeten Stelle fühlte man eine dunkle Fluctuation in der Tiefe. Nach 4 Tagen eröffnete ich den Brustabscess, worauf sich eine ziemlich bedeutende Menge gutartigen Eiters entleerte. Die Fiebererscheinungen schwanden, ebenso die Schmerzen. Da die Kranke an einer frisch acquirirten Scabies litt, so wurde sie der Hautabtheilung zugewiesen, wo die Heilung des Brustabscesses binnen kurzem ungestört vor sich ging.

Den zweiten Fall beobachtete ich nicht vom Beginn der Erkrankung an, sondern erst 3 Wochen später, nachdem sich der Eiter bereits spontan nach aussen entleert hatte. Die Kranke, eine 24jährige gesunde nicht gravide Nullipara gab an, einen Stoss in die linke Brust erhalten zu haben, worauf sich unter Fieber und starken Schmerzen eine Anschwellung gebildet haben soll, die sich schliesslich unter Eiterentleerung eröffnete. Bei der Aufnahme der Kranken im Spitale fand man ihre Angaben bestätigt. Es bestand ein etwa thalergrosser ziemlich tief reichender Abscess, der nur mehr wenig Eiter entleerte und an dessen Innenfläche ringsum gut aussehende Granulationen emporsprossten. Bei Gebrauch von Bleiwasserumschlägen schloss sich der Abscess binnen 3 Wochen.

---

1. **Th. Bischoff** (München). Historisch-kritische Bemerkungen zu den neuesten Mittheilungen über die erste Entwickelung der Säugethiereier.

Literar. artist. Anstalt **(Th. Riedel)** München, 1877.

Am Abschluss einer 38jährigen Thätigkeit als Forscher auf dem vorliegenden Gebiet vereint Verf. seine gewonnenen Erfahrungen in einem kritischen Referat über die einschlägigen Arbeiten von Bene-

den, Hensen, Kölliker, Lieberkühn u. s. w. Vor allem warnt er vor zu einseitiger Anwendung der Methode der Durchschnitte, da dieselbe nur einen bedingten histologischen Werth habe und häufig zu Irrthümern, falschen Auslegungen Veranlassung gebe. Die Erhärtungs-, Färbe- und Einbettungsmittel verändern die zarten Eigebilde sehr wesentlich, hierin liegt eine nicht zu unterschätzende Quelle der einander so widersprechenden Untersuchungsbefunde, wie bereits auch Kölliker und His hervorgehoben haben.

Anknüpfend an die Entwickelung des Begriffs Zelle und die Definition eines Ei's zeigt Verf., dass es unmöglich ist das thierische Ei eine wahre primäre Zelle zu heissen, nur dem Keimbläschen gebührt dieser Name, das Ei ist ein Umhüllungsgebilde dieser einfachen Zelle. In Betreff der Porencanälchen und der Mikropyle des Ei's constatirt Verf., dass die Meisten von einer solchen Annahme zurückgekommen sind, dass jedenfalls der sichere Nachweis dafür fehle. Für das reife Ei ist das einzig sichere und charakteristische Zeichen die spindelförmige Gestaltung des Discus.

Mit Bezug auf die Bedeutung der Ovulation hält Verf. nach seinen Untersuchungen am Kaninchen fest, dass eine Unabhängigkeit der Begattung von der Ovulation eine Errungenschaft sei, die nur dem Menschen und einzelnen Affen eigen sei. Dagegen findet sich aber beim Kaninchen eine Ovulation auch ohne Begattung, der Versuch zu letztrer kann Reifung und Austritt der Eier beschleunigen. Eine bestimmte Ovulationsperiode ist nur nach der Geburt vorhanden.

Die Begegnung zwischen Samen und Ei findet gewöhnlich im Anfang des Eileiters statt, ob Befruchtung auch noch im Uterus möglich, darüber sprechen sich die neueren Untersucher nicht aus. Beobachtungen haben gezeigt, dass die Spermatozoen in die Zone eindringen, in wie weit aber der Kopf derselben zusammen mit dem Kern des Keimbläschens (Hertwig) bei der Entwickelung eine morphologische Rolle spiele, ist noch unklar.

Gegen die falsche Auslegung, die von vielen Seiten seiner Ansicht über die Vorgänge hierbei zu Theil wurde, verwahrt sich Verf. und erklärt sich mit den Ansichten von His einverstanden, wonach unter dem Ausdruck einer Contactwirkung der Vorgang einer übertragenen Bewegung gemeint war.

Trotz mehrfach in der Zwischenzeit aufgetauchter Einwände stimmen die meisten Untersucher, besonders Beneden mit Verf's. Ansicht überein, dass das Keimbläschen im befruchteten Ei verschwinde. Die Dottertheilung hat Verf. zuerst beim Säugethierei gesehen, was Kölliker in seiner Entwickelungsgeschichte nicht angiebt. Ob nach Verschwinden des Keimbläschens ein neuer Kern auftritt und Anlass zur Dottertheilung giebt oder nach Beneden sich 2 sog. Pronuclei bilden, die sich zur Bildung des 1. Kerns im Dotter vereinen, ist noch nicht ausgemacht.

Verschwinden des Keimbläschens, Entstehung eines neuen Kerns, Bewegungen am Dotter kommen nun aber auch vor, ohne dass das

Ei befruchtet ist, wie Siebold für parthogenetisch erzeugte Eier nachgewiesen hat. Es erhellt daraus, dass das Ei auch ohne Sperma bestimmte Entwickelungsbewegungen aufweist, durch letzteres wird ihnen vielleicht eine Verstärkung oder bestimmte Richtung zu Theil.

Aus den weiteren mehr speciell embryologischen Erörterungen ist nur noch hervorzuheben, dass Verf. an der Entstehung feinster Zöttchen aus der Zone festhält, welche sich dann in die Drüsenfollikel resp. Utriculardrüsen einsenken. In dieselben treten dann später die Gefässe der Allantois hinein.

Wegen der weiteren Puncte Fruchthof, Primitivrinne etc. wird auf's Original verwiesen. **Fehling** (Stuttgart).

---

2. **L. Prochownick.** Beiträge zur Lehre vom Fruchtwasser und seiner Entstehung.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XI. Hft. 2. p. 304.)

Mit vorliegender Arbeit liefert Verf. einen schätzenswerthen Beitrag zu der Frage nach der Abstammung des Fruchtwassers, schätzenswerth wegen der Genauigkeit und Gleichwerthigkeit der chemischen Analysen, ob die aus den Befunden gezogenen Schlüsse und weiter gebauten Hypothesen ebenso richtig sind, ist hier nicht der Ort zu entscheiden. Die erste Reihe seiner Untersuchungen bezieht sich auf die Harnstoffmenge im Fruchtwasser. Von der grössern Mehrzahl der bisherigen Forscher wurde Harnstoff im Fruchtwasser gefunden, jedoch sind die quantitativen Bestimmungen sehr schwankend.

Der Beweis für das Vorhandensein des Harnstoffs wurde in verschiedener Weise controllirt, die beste Controlle ergab sich aus den einander ziemlich entsprechenden quantitativen Untersuchungen. Diese ergaben mit Hinweglassung der vierten Decimale, für die 6. und 20. Woche 0,016% Harnstoff für die Mitte des 10. Monats 0,015 und 0,017, für Ende des 10. Monats 0,018 und 0,019, in Fällen von Hydramnios dagegen 0,022 — 0,034. Die Zahlen für den procentarischen Harnstoffgehalt nehmen, wie Verf. hervorhebt, mit Länge und Gewicht der Früchte zu. (Gegen den hieraus sofort gezogenen Schluss, dass der Harnstoff im Fruchtwasser ganz ausschliesslich ein Product des Fötus sei, spricht vor allem die Thatsache, dass für Blut, Lymphe derselbe Harnstoffgehalt angegeben wird, wie ihn Verf. für den 2. und 5. Monat fand. Ebenso erhellt daraus noch nicht die Wahrscheinlichkeit, dass derselbe in der Hauptsache ein Product der fötalen Niere sei; allerdings hütet sich auch Verf. dies für den Harnstoffbefund in der 6. Woche anzunehmen, dieser soll seine Entstehung der Hautausscheidung des Fötus verdanken. Ref.)

Die zweite Reihe der Untersuchungen befasste sich mit dem Chlorgehalt des Fruchtwassers. Gewöhnlich wird der gefundene Chlorgehalt auf Kochsalz berechnet. Dies im vorliegenden Fall angewendet ergab mehr Kochsalz als lösliche Salze überhaupt vorhanden. Der Unterschied ist daher entweder auf die Verwendung zu kleiner

Mengen zu beziehen, oder es ist Chlor an organische Substanzen im Fruchtwasser gebunden. Auf Kochsalz berechnet ergab sich 0,57 — 0,66% für die verschiedenen Zeiten in ziemlich gleichbleibender Menge. Diese Mengen übertreffen die im 1. Urin gefundenen ganz bedeutend, daraus schliesst Verf., dass für die Ausscheidung des Kochsalzes nicht blos die Nieren- sondern besonders die Hautthätigkeit heranzuziehen sei.

Die eine viel einfachere Erklärung zulassende Thatsache, dass Transsudate, Blut, Lymphe ebenfalls zwischen 0,5 — 0,6% NaCl enthalten, übergeht Verf.

Die dritte Reihe behandelt die quantitative Zusammensetzung des Fruchtwassers. Mit Zuhülfenahme einiger wenigen Angaben über die absolute Fruchtwassermenge berechnet Verf., dass die Urinentleerung des Fötus kurz vor der Mitte der Schwangerschaft beginne. Ferner kommt er zu der Hypothese, dass das Amnion normaler Weise nur eine Resorption von innen nach aussen zulasse und dass die Verhältnisse für eine solche mit zunehmender Schwangerschaft günstiger werden.

Die Eiweissmenge des Fruchtwassers nimmt bis zur Mitte der Schwangerschaft zu, dann ab, in den Hydramnionfällen ist sie entschieden vermehrt. Die Menge der Extractivstoffe nimmt ähnlich wie der Harnstoff mit der Zeitdauer der Schwangerschaft zu, die der Salze ab.

Mit den stellenweise gar zu sicher gezogenen Folgerungen stimmt der pag. 327 gethane Ausspruch nicht, dass Verf. weit entfernt sei mit dieser Arbeit schon den Beweis seiner Theorie oder Hypothese antreten zu wollen. Den hohen Werth der vorliegenden Arbeit wird Jeder anerkennen, auch wenn er den gezogenen Schlüssen nicht völlig beipflichten kann. **Fehling** (Stuttgart).

---

3. **Lahs.** Ueber den Einfluss der Lageänderungen und der verschiedenen Lagen der Kreissenden auf die Geburt.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XI. Hft. 1. p. 22.)

Der erste Theil der Arbeit beschäftigt sich mit dem Einfluss der Lageveränderung. Untersuchungen an Hochschwangern ergaben, dass hierbei kein Hinübersinken des Uterus nach der Seite stattfinde. Die Fruchtaxe dreht sich um einen Winkel von 10 — 12° nach der Seite, dem entsprechend müsste an den Fontanellen eine Verschiebung des Kopfes von ca. 1 Ctm. wahrnehmbar sein, die Untersuchung an Schwangern und Gebärenden ergab, dass keine Verschiebung des vorliegenden Theils stattfindet. Etwas anders ist es natürlich, wenn man dabei einen Druck auf den oberen Theil der Frucht ausübt. Dass trotzdem nach Seitenlagerung, z. B. bei Schädellage, die kleine Fontanelle tiefer tritt, rührt von der durch den Lagewechsel bedingten Verstärkung der Wehen her. Diese findet statt durch den Druck und die Zerrung, welche das untere Uterinsegment hierbei erleidet.

Auch die Bauchpresse gewinnt durch Lagewechsel, indem dadurch Ermüdung einzelner Muskelgruppen in Folge anhaltender Arbeit vermieden wird. Endlich macht sich unter Umständen ein Einfluss des Lagewechsels auf das Inhaltsgewicht bemerkbar, so besonders bei erschöpfter Uterusthätigkeit, bei hochgradiger Leistung des Uterus, bei schwacher Wehenthätigkeit im Anfang der Geburt; in anderen Fällen allerdings kommt der allgemeine Inhaltsdruck gegenüber der Kraft der Wehen und der Bauchpresse gar nicht mehr in Betracht.

Die Wirkung der Lageveränderung auf den Fortgang der Geburt ist sehr verschieden je nach der Zeit der Geburt, in der sie stattfindet. Den Fortschritt der Geburt berechnet nun Verf. nach dem Grade der Faserverschiebung an der Uterinwand. Die genauere Berechnung dieser Werthe im Auszug zu geben ist unmöglich. Der Effect der Faserverschiebung ist am stärksten bei Rückenlage, geringer bei Seitenlage, am geringsten in der Knieellenbogenlage. Wechsel von einer Seitenlage zur andern wirkt nach den vorgeführten Zahlen verlangsamend auf die Geburt ein.

Der zweite Theil handelt vom Einfluss der verschiedenen Lagen auf die Geburt. Für die Geburt in Seitenlage kommt in erster Linie der Einfluss derselben auf die Vorwärtsbewegung der Frucht in Betracht, es übt die Frucht auf die Uterinwand einen Reibungswiderstand aus, den Verf. auf 17 — 37 Grm. berechnet. Hierdurch nähert sich der Fundus allmälig dem Steissende, ein Fruchtwirbelsäulendruck kommt nur zu Stand bei leicht dehnbaren Eihäuten. Ist die Blase gesprungen so braucht der F.-W.-Druck nur eine minimale Höhe zu erreichen, um den weitern Abfluss des Fruchtwassers zu hindern. Diese Unterbrechung des A. I.-Drucks tritt gar nicht ein, wenn die Seitenlage erst nach Fixation des Kopfes eingenommen wird.

Der Widerstand, den das sich an den Kopf anlegende untere Uterinsegment dem Verrücken des Kopfes entgegenstellt, verändert sich nicht mit dem Blasensprung, da er vom Segment selbst bedingt ist. Die Steigerung der Druckdifferenz, welche den Kopf trifft, leitet jedoch zu diesem Zeitpunct oft rasches Tiefertreten ein, und hierin liegt der Erfolg des Blasensprungs zu dem bezeichneten Zeitpunct.

Für die gewöhnlichen Fälle von Seitenlage kann man den F.- W.-Druck vernachlässigen und nur den A. I.- Druck in Betracht ziehen. Die Berechnungen ergeben z. B. bei 1. Schädelstellung für linke Seitenlage eine bedeutende Rotationsbewegung des Hinterhaupts. Im ganzen verläuft jedoch hier die Geburt langsamer in Folge von Schwächung der Expulsivkräfte.

Für die Geburt in Knieellenbogenlage ergeben sich im ganzen ähnliche Resultate, das Tiefertreten des Hinterhauptes ist hier erschwert, das Vordringen der hinter der Symphyse liegenden Körperhälfte ist erleichtert.

Welche Lage für jede Geburt und jeden Zeitpunct derselben die beste sei, müsste nach obigem für jede Kreissende für sich beantwortet werden. Einen möglichst raschen Geburtsverlauf erzielt

man durch Steigerung der Expulsivkräfte, jedoch darf man dies besonders bei empfindlichen Frauen nur bis zu einem gewissen Grad. Festzuhalten ist, dass die Lage an und für sich auf Wehen und Bauchpresse keinen Einfluss übt, nur auf den A. I.- Druck. Am ungünstigsten ist es demnach, wenn der Fundus uteri tiefer steht als der Ausgang des Geburtsschlauches, der günstigste Fall ist der, wenn der Beckeneingang horizontal steht, so bei Rückenlage mit erhöhtem Oberkörper.

Genügt die Anwendung dieser Mittel nicht die Geburt zu fördern, so muss zu andern gegriffen werden.

In einem Anhang zur vorliegenden Arbeit verwirft Verf. die von Schatz auf der Hamburger Versammlung vorgezeigte Geburtsmaschine, da sie der Natur zu wenig entspreche, das Lumen des Geburtscanals sei an derselben kreisrund, der Kopf zeige keine natürliche Form und entbehre eines Gelenks zwischen Atlas und Epistropheus. **Fehling** (Stuttgart).

---

4. **Gusserow.** Beitrag zur Lehre vom schrägverengten Becken.
(Arch. f. Gynäkologie Bd. XI. Hft. 2. p. 264.)

G. beschreibt 4 schrägverengte Becken von nicht ganz gewöhnlichem Entstehungsmodus.

I. An der Lebenden beobachtet ist ein Luxationsbecken (linksseitige congenitale Luxatio femoris) hochgradig schräg verengt. Abweichend von Gueniot's und Leopold's Beobachtungen ist an diesem Becken die kranke Seite die engere; der schräge Durchmesser jedoch der kranken Seite (der linke) der weitere, übereinstimmend mit Gueniot; abweichend von Leopold ist die Symphysis pubis der gesunden Seite genähert. Dagegen wurde die Wirbelsäule wie bei den bisher beschriebenen Becken nach der kranken Seite gekrümmt (convex) gefunden. — (Wenn hier ebenso wie bei den Argumentationen über die folgenden Becken, die Skoliose als Folge der stärkeren Belastung angesehen wird, so ist der Grund dafür a priori nicht einzusehen; leichter verständlich sind die Vorgänge, wenn wir die Krümmung der Wirbelsäule als das primäre betrachten; diese wird nothwendig wegen der einseitigen Extremitätenverkürzung, sie fixirt sich bei andauerndem Gebrauch der verkürzten Extremität, und vermöge ihrer erst fällt der grösste Theil der Rumpflast auf die kranke Seite hinüber — Ref.)

Zu bemerken ist, dass G. bei der Entbindung der Trägerin dieses Beckens nach der Perforation des vorangehenden Kopfes zur Extraction desselben den scharfen Haken anwendete; G. gebraucht in ähnlichen Fällen seit 1867 kein anderes Instrument mehr. —

II. (No. 35 der Stein'schen Sammlung) Coxalgisches Becken (rechts) mit Verschiebung der kranken Seite wegen bleibender Gebrauchsfähigkeit der betroffenen Extremität; rechte Kreuzbeinhälfte atrophisch, keine Ankylosis sacroiliaca, rechte Linea arcuata in der vorderen Partie gestreckt, Symphysis pubis nach links verschoben.

III. (No. 31 der Stein'schen Sammlung) ein auf der rechten Seite die Spuren von zahlreichen Fracturen tragendes Becken; da der Träger jedenfalls bis zur Consolidation derselben gelegen hat, so ist die auf der kranken Seite sich findende schräge Verschiebung lediglich als Resultat des Muskelzuges anzusehen (Bauchmuskeln, Iliacus). Wirbelsäule ist nicht skoliotisch; keine Iliosacralankylose.

IV. (No. 32 der Stein'schen Sammlung) ist das bisher als Becken eines hessischen Husaren bekannte. Dasselbe gehört einem noch nicht ganz ausgewachsenen Individuum an, es fehlen noch die ausgebildeten Geschlechtsunterschiede. Bekannt ist über die Anamnese der Becken Nichts, nur die von Stein zu Lambl gemachte mündliche Aeusserung, dass die fragliche Coxitis von einer Schussverletzung herstamme. Die massenhaften auf der ganzen linken Hälfte sich findenden Osteophysten einerseits und Defecte andererseits, ebenso das Verhalten des Hüftgelenkes, bieten für diese Annahme fast keinen Anhalt, und ist wahrscheinlich, dass alle auf der linken Seite abgelaufenen Processe von einer Hüftgelenkserkrankung ihren Ausgang genommen haben.

Auch hier fehlt jedes Merkmal, welches dafür spricht, dass die schräge Verschiebung durch ungleiche Belastung erzeugt sei; sie ist also ebenfalls lediglich Resultat des Muskelzuges.

Von II, III und IV sind schöne Abbildungen beigefügt.

Küstner (Halle a/S.).

---

5. **Munde, Barker, Peaslee, Gillette, Thomas** etc. Ueber den Einfluss von Medicamenten, vorzüglich Narcoticis, auf den Foetus.

(Amer. Journ. of obstetr. 1877. April. p. 299 u. folg.)

In der New-Yorker obstetr. Soc. theilte Mattison einen Fall von Eclampsie mit, bei dem 0,02 + 0,03 + 0,03 Morphium hypoderm. mit Zwischenräumen von 2 Stunden injicirt wurde. Neue Anfälle blieben aus, das Kind, asphyktisch geboren, bekam Convulsionen, wurde aber gerettet. Durch diesen Fall veranlasst beschloss man auf Anregung des Dr. Munde, Herausgeber des A. Journ. of obstetr., in Discussion zu treten über den Einfluss der den Schwangeren gegebenen Arzneimittel auf die Kinder, besonders sollten Narcotica berücksichtigt werden. Die interessante Discussion wurde von Munde mit einem Vortrage über den Stand der Frage eröffnet, wobei die Verdienste der deutschen Autoren, vor allem Zweifel's und Fehling's hervorgehoben wurden.

F. Barker knüpft an den mitgetheilten Fall Mattison's an, und constatirt zunächst dass Convulsionen der Kinder wohl auf Opiumintoxicationen zu beziehen seien. Er stützt sich dabei auf Thierexperimente und auf den Umstand, dass bei Racen mit geringer Entwickelung des Gehirns z. B. bei Negern, Malayen und Javanen Convulsionen nach Opiumgenuss aufträten. Die Möglichkeit des Ueber-

ganges des Giftes ist nach Analogie des Scharlach, der Pocken und Lues sicher. Dagegen spricht aber der Umstand des Misserfolges antisyphilitischer Curen. So wurde von einer Mutter ein todtes syphilitisches Kind geboren, bei latenter Lues des Vaters und Gesundheit der Mutter. Während der nächsten Schwangerschaft gebrauchte die Mutter 6 Monate lang Quecksilber, trotzdessen erkrankte das Kind 5 Tage post partum an Lues, die dann sofort durch Inunction geheilt wurde. Vor allem aber spricht gegen die Annahme des Uebergangs die Erfahrung. Redner hat seit 25 Jahren Tausende von Frauen bei der Entbindung chloroformirt ohne je einen schädlichen Einfluss auf das Kind zu sehen. Ja 8 — 12 Stunden lang wurde chloroformirt und in einem Fall $3^1/_2$ Pfund Chloroform verbraucht! Diese Erfahrungen wiegen mehr als die wenigen entgegengesetzten Beobachtungen! Mit Opium verhält es sich nicht viel anders. Allerdings haben schon die Alten, z. B. Ramsbotham, davor gewarnt bei Schwangeren und Ammen Opium zu gebrauchen. Auch Redner war früher vorsichtig, bis er folgenden Fall erlebte: Schwere Eclampsie, es wird ein todtes Kind diagnosticirt, und deshalb in ausgiebigster Weise Morphium gebraucht. Pat. lag lange Zeit in Morphiumnarkose, und doch wurde ein lebendes Kind geboren. Seit der Zeit gebraucht Redn erstets ohne Angst Morphium. Auch werden die Fehlingschen Experimente als besonders beweisend angeführt. Demnach kommt Barker zu dem Resultat, dass der Fötus in utero von Arzneimitteln nicht afficirt werde.

Nachdem noch einige Redner dieselben Ansichten äusserten, tritt Gillette auf, um das Gegentheil an der Hand einiger Fälle zu beweisen. Im ersten handelt es sich um eine Frau mit Klappenfehler. Der Mann — Arzt — will Chloroform oder Aether nicht gebrauchen, es wird Morphium angewendet, danach nimmt der Herzschlag des Kindes rapid zu, wird unregelmässig und $^1/_2$ Stunde später wird das Kind asphyktisch geboren. [Wenn Gillette als bindenden Beweis anführt: das Kind habe zweifellos so ausgesehen »wie nach Opiumvergiftung«, so kann diese subjective Ansicht doch kein exacter Beweis sein. Bei der ungenügenden Decarbonisation des mütterlichen Blutes in Folge des Klappenfehlers kann das Kind ebensogut an CO^2 Intoxication gestorben sein.] Die andern Fälle folgen der Reihe nach: 1) 22jährige Ipara, Morphium hypodermatisch bis zu Intoxicationserscheinungen, enge Pupille. Das geborene Kind ist cyanotisch, Pupillen sind bis auf einen kleinen Punct verengert, Puls 70, Respiration zögernd. Heilung. 2) 18jährige Ipara, Morphium hypoderm., enge Pupille, Kind cyanot., enge Pupille, macht keine spontane Inspir., Heilung. 3) 34jährige IIpara, hypoderm., Morph., Kind cyanot., Pupillen so eng, dass sie kaum wahrgenommen werden können. 4) 23jährige Ipara, hypoderm. Morph. Kind macht erst 3 Minuten lang keine Anstrengung zum Athmen, enge Pupille, Cyanose, Convulsionen, Tod. Section: enorme Gehirnhyperämie. 5) und 6) ganz gleich 3.

Alles waren normale Geburten ohne Wehenschwäche, der Herz-

schlag der Kinder nahm intrauterin nicht ab, die Cyanose, engen Pupillen, Langsamkeit des Pulses und Respiration war gleich. [Auch gegen die Beweiskraft dieser Fälle möchte Ref. Einspruch erheben. Die Pupille reagirt schon nach Geburt des Kopfes, wenn man die Augenlider vor Geburt des Rumpfes öffnet, sehr stark, überhaupt wechselt die Weite der Pupille sehr, und eine Menge Nebenumstände hätten dann berücksichtigt werden müssen, wenn auf diesem Wege die Frage entschieden werden sollte. Ref.]

Wichtiger sind folgende Beobachtungen: Einer Primipara wurde 0,002 Atropin subcutan auf 2 Mal injicirt, mit deutlichem Effect auf die Mutter, weite Pupillen. Die Wehen blieben gut, Forceps, lebendes Kind, schreit sofort, Pupillen sehr erweitert, bis auf einen schmalen Rand, reagiren nicht auf Licht! Im zweiten Fall wurde $^1/_{48}$ Gran Atropin injicirt, dabei war der Einfluss auf das Kind nicht deutlich. Zu bemerken ist aber, dass im ersten Fall die Geburt 3 Stunden, im zweiten 30 Minuten nach der Atropingabe erfolgte.

Jacobi macht vor allem darauf aufmerksam, dass eine minimale Quantität Morphium in den Kreislauf der Mutter gelangt, und dass der Bruchtheil, welchen davon das Kind erhält, jedenfalls perminimal sei.

Thomas stimmt im Ganzen Gillette bei, indem er berichtet, dass er nach einer Morphiumdose den Fötalpuls von 141 bis auf 119 — 124 und in einem andern Fall von 133 — 118 herabgehen sah.

[Ref., dem es nicht möglich ist derartige Experimente anzustellen, glaubt, dass es doch sehr leicht sein dürfte die Experimente Gillette's mit Morphium und Atropin, sowie den von Thomas behaupteten Einfluss des Morphium auf den Fötalpuls durch klinische Beobachtungen zu controliren resp. sicherzustellen.] **Fritsch** (Halle a/S.).

---

6. **Th. A. Emmet.** Die richtige Behandlung der Risse der Cervix uteri.

(Amer. Practitioner 1877. Jan.)

E. giebt die Ursachen an, warum die Operation, welche er vor 2 Jahren in einem Aufsatze, betitelt »Risse der Cervix uteri«, als häufige und bisher »unerkannte Krankheitsursache« beschrieben und empfohlen hatte, in manchen Fällen misslungen ist, die sich darin zusammenfassen lassen, dass die Kranke nicht gehörig für die Operation vorbereitet wurde.

Die Zustände, welche einer Operation schädlich sind und welche beseitigt werden müssen ehe man die Cervicallappen vereinigt, sind folgende: Cystöse Entartung der Follikel, wodurch die Lappen ectropionirt und oft fast strangulirt werden; Peritonitis oder Parametritis pelvica; Lageabweichungen des Uterus; Narbengewebe in dem Winkel der Spalte; Einschnürung der Cervix durch Narbenbildung an der Basis durch beiderseitige Laceration; endlich bedeutende Congestion des Uterus aus irgend einem Grunde.

Bei cystöser Entartung der Cervicalfollikel ist die Schleimhaut gewöhnlich bis an das Os internum ectropionirt. Die Oberfläche fühlt sich rauh und körnig an als ob sich Schrot unter der Schleimhaut befände. Die Behandlung dieser Follikel ist, sie einzeln anzustechen und dann die Cervix mit concentrirter Jodtinctur zu bepinseln.

Peritonitis oder Parametritis pelvica folgt sehr häufig der ursprünglichen Läsion der Geburt, und kehrt daher auch sehr allgemein wieder nach der Operation, wenn dieselbe vorgenommen wird, ehe alle Empfindlichkeit von dem periuterinen Gewebe entfernt ist. Die gewöhnliche Behandlung für diese Beckenzellgewebsentzündung besteht in Reizung des unteren Theiles des Unterleibes durch Vesicantien, Jodtinctur, Ol. Crotonis und in Vaginalinjectionen Morgens und Abends von heissem Wasser zu 100 bis 110 Grad Fahrenheit (38 — 43° C.). Zuweilen ist das eine oder andere breite Mutterband entzündlich verdickt und verkürzt und wenn die Patientin die aufrechte Stellung einnimmt, zerrt der vergrösserte Uterus an dem entzündeten Mutterbande, verursacht Schmerzen und vermehrt das Exsudat. In solchen Fällen ist ein leichtpassendes Pessarium indicirt, welches den Uterus unterstützt und die Zerrung verhindert. Hebt das Pessarium den Uterus zu hoch, so wird das Exsudat in der entgegengesetzten Richtung gezerrt. Die Empfindungen der Patientin sind hier das beste Zeichen; ihre Erleichterung und Unbewusstsein der Gegenwart des Instrumentes beweisen, ob dasselbe passt.

Die gewöhnlichsten Lageabweichungen sind die rückwärts und seitwärts; sie müssen durch Pessarien und gewöhnliche Behandlung beseitigt werden.

Die erwähnten Narbenbildungen müssen bei der Operation sorgfältig entfernt werden, und die chronische Uteruscongestion wird am besten durch ausdauernde Behandlung mit heissen Wassereinspritzungen, Unterstützung des Uterus (wenn Descendenz vorhanden ist), Chinin (wenn Malaria zugegen ist) beseitigt.

Sind alle diese Hindernisse genügend beseitigt, so kann die Operation trotzdem an mangelhafter Anfrischung und ungenauer Anpassung der Wundränder, an zu scharfer Anziehung der Drähte und folgender Durchschneidung derselben, und anderen Umständen fehlschlagen.

Ist jedoch die Vorbereitungscur eine hinreichend gründliche gewesen, und sie kann sich auf drei und mehr Monate ausdehnen, so ist das Resultat auch ein ziemlich gesichertes, besonders wenn alle Operationsdetails mit peinlicher Genauigkeit befolgt worden sind.

Die Operation ist sowohl im Princip als in der Ausführung einfach. Sie wird durch Herabziehen des Uterus mit einem Tenaculum sehr erleichtert. Man entfernt zuerst den tiefer liegenden Theil der Rissfläche (die Patientin liegt natürlich in linker oder Sims'scher Seitenlage, und die Theile sind mit dem Entenschnabelspeculum frei gelegt), also die vordere Rissfläche, damit das Blut den noch unberührten Theil nicht unkenntlich macht, und kommt dabei am

besten zum Ziele wenn man das zu entfernende Stück mit dem Häkchen fasst und anspannt während man einen über beide seitlichen Lappen laufenden Streifen in einem Stücke mit der Scheere abtrennt. Man erhält so am ersten eine ebene Wundfläche, ohne Zerfetzung und Unterbrechungen, die die Heilung hindern könnten. Ist das Gewebe sehr dicht, so braucht man am besten kurze dicke Nadeln mit Lanzenspitzen, ist das Gewebe jedoch weich und gefässreich, runde Nadeln. Die äusseren oder vaginalen Ränder müssen besonders sorgfältig auf einander gepasst werden. Nach 8 Tagen oder auch etwas länger entfernt man die Drähte, aber vorsichtig, um die frische Verklebung nicht wieder zu trennen. (Die grosse Wichtigkeit der Erkennung dieser Läsion und der Unterscheidung derselben von Cervicalgeschwüren, für welche dieselbe bis vor wenigen Jahren und sogar jetzt noch sehr häufig gehalten wurde, sowie die segensreiche und heilbringende Wirkung der Emmet'schen Operation, ist wohl nun allerwärts von den Gynäkologen anerkannt. Wie häufig die Erscheinung ist, beweist der Umstand, dass wir unter 490 gynäkologischen Fällen 28 Risse oder Spalten der Cervix beobachteten oder $5\,^{9}/_{10}\,\%$. Andere Beobachter haben sogar eine höhere Procentzahl angegeben. Der Nutzen der Operation wurde von Breisky in der Wiener med. Wochenschr. kürzlich in fünf Fällen sehr treffend bewiesen. Ref.)

Munde (New-York).

---

7. **S. W. Joseph.** Ueber Anwendung des Glüheisens in der gynäkologischen Praxis.

(The Lancet 1877. Febr. 10.)

Verf. berichtet über einige Fälle, in denen Paquelin's Glüheisen im »London Hospital für Frauen« angewendet wurde, und beschreibt und bildet einige Verbesserungen ab, welche an dem Instrument von Mr. Reeves und Dr. Heywood Smith angebracht wurden. Die Reihe von Fällen, wo es in Gebrauch zu ziehen ist, sind selbstredend Uterinleiden, wie Auswüchse des Cervicalcanals, Induration, Hypertrophie und Carcinom der Cervix, der Vulva und anderer Theile. Das Instrument hat sich ganz zufriedenstellend erwiesen. Die Herstellung der erforderlichen Temperatur wird durch einen gewöhnlichen Spray-Blasebalg bewirkt, indem ein Strom von Benzoedampf über erhitzte Platinaoberfläche geleitet wird. Das Instrument entgeht so den früheren Vorwürfen, dass es die Hitze ausstrahle, so dass man bei Operationen an der Cervix gewöhnlich ein Glasspeculum brauchen kann. Es scheint, dass die Verbesserungen sich nützlich erweisen.

Underhill (Edinburg).

---

8. **Chassagny.** Methodische Compression und Immobilisirung, Wundbehandlung durch hermetischen Verschluss.

(Gaz. hebdom. 1877. Febr. 16.)

In einem Bericht an die Académie des sciences führt Verf. aus, dass es sich bei seiner Methode stets darum handle, eine gewisse

Fläche einem zarten, gleichmässigen Druck auszusetzen und zwar vermittelst Kautschukbeutel, die eine sehr dünne Wand besitzen. Die Füllung besteht aus Wasser oder Luft. Nach aussen werden sie durch einen festen, unnachgiebigen Gegenhalt gestützt. Der Druck kann in dieser Weise auf eine begrenzte Fläche oder ein ganzes Glied angewendet werden. Der Kautschukbeutel erhält in beiden Fällen eine Umhüllung von Zink, Eisenblech u. s. w. als Stützapparat, oder einen Sack von starkem Zwillich, dessen Wände Stahldrähte enthalten. Derartige Compression lässt sich an der Brust nach Verf. anwenden u. a. bei Abscess, Cysten, Lipomen der Mamma, Galaktocele, zuweilen selbst bei bösartigen Geschwülsten, so beim atrophischen Krebs, der sogar zurückgehen soll. Das Säckchen soll möglichst gross sein. Compression mit Wasser wirkt milder, das Wasser kann auch bei drohender Entzündung noch eine Rolle spielen. Die Respiration wird nicht gehindert. Aehnlich lässt sich der Verband bei Aneurysmen verwenden.

Fehling (Stuttgart).

---

9. **J. Cuthill.** Ueber die therapeutische Wirkung des Secale cornutum.

(Edinb. med. Journ. 1877. Bd. CCLIX. Jan. p. 600.)

Der constatirte Einfluss des Secale auf den Uterus veranlasste dazu, das Mittel auch bei Haemoptysis, Haematemesis, Epistaxis etc. zu gebrauchen. Ferner wendet man es mit Erfolg bei Atonie der Gedärme, unregelmässigem Stuhlgang und Flatulenz an. Alle unwillkürlichen Muskeln sollen sich in Folge eines centralen Reizes bei Secaleanwendung contrahiren. Verf. gab deshalb in einem Falle von Herzkrankheit, deren Hauptsymptom in Palpitationen bestand, Secale. Bei der relativen Insufficienz der Klappen soll durch den Einfluss des Secale das Herz tonischer, kleiner geworden sein, somit die relative Klappeninsufficienz gehoben werden.

Verf. wendet Secale viel an und stellt eine genauere Arbeit über die therapeutischen Potenzen des Secale in Aussicht.

Fritsch (Halle a/S.).

---

10. **J. Bruck.** Zur Kenntniss der toxischen Wirkung der Chromsäure.

(Pest. med.-chirurg. Wochenschr. 1877. No. 7.)

Verf. erinnert zuerst an einen Fall von Mosetig (Wien), wo nach Aetzung einer carcinomatösen Mamma mit Chromsäure in Substanz der Tod in 24 Stunden unter Collapserscheinungen eintrat. Auch Köberle will immer Erbrechen nach Anwendung von Chromsäure beobachtet haben. Verf.'s Fall betrifft eine 48jährige Magd, wo wegen carcinomatöser Entartung der Portio die Auslöffelung vorgenommen wurde. Er empfiehlt hierzu bei Abkratzen in der Nähe des Mastdarms ein fingerhutähnliches Schabinstrument von Dr. Farkar. Die ausgekratzte

Wundfläche wurde mit concentrirter Salpetersäure und Glycerin behandelt. Am 5. Tag wurde auf die Wundfläche eine Lösung von Chromsäure āā mit Wasser aufgetragen, es folgte sofort darauf Brechen, Diarrhöe, dann Collapserscheinungen. Nach einigen Stunden Besserung. Dieser Fall ist der einzige, wo in Verf.'s Praxis bei zahlreicher Anwendung Vergiftungserscheinungen eintraten. Schliesslich verweist Verf. auf die ganz damit übereinstimmenden Thierversuche von Gergens, die auch von anderer Seite noch bestätigt wurden.

Fehling (Stuttgart).

---

11. **Agnew.** Gelseminum als Mittel zur Dilatation des nichtschwangeren Cervix Uteri.

(Virga. Med. Monthly 1876. Nov.)

In drei Fällen trotzte der enge Canal der kleinen, conischen Cervix allen Versuchen, einen Laminariastift einzuführen. Die lähmende Wirkung des Gelseminum auf die Sphincteren fiel dem Verf. ein, er gab sofort 10 Tropfen des Extractum fluidum alle 10 Minuten, bis 30 Tropfen genommen worden waren, und konnte dann sogleich erst zwei Bougies und dann einen Pressschwamm mittlerer Grösse ohne Schwierigkeit einführen. — Diese Wirkung des Gelseminum ist seines Wissens vor ihm nur von Dr. Robert S. Payne, von Lynchburg (Virga. Med. Monthly, Dec. 1874) »beobachtet worden, der das Mittel in zwei Fällen von rigidem Os uteri and Sphincter perinei« (also auch bei der Geburt, wie es scheint. Ref.) mit Erfolg angewendet hat.

P. F. Munde (New-York).

---

12. **Hamburger.** Ausscheidung von Quecksilber während des Gebrauchs von Mercurialcuren.

(Prager med. Wochenschr. 1877. No. 6.)

Nachdem Verf. zuerst Methoden geprüft, um möglichst kleine Mengen Quecksilber nachzuweisen, suchte er nach Schmier- und andern Quecksilbercuren dasselbe im Organismus nachzuweisen. Es gelang dies nach Anwendung des Quecksilbers in Form von Salbe oder Suppositorium in dem von 8 Tagen aufgesammelten Harn, ebenso in der Milch bei genügender Menge, jedoch nicht in jedem Fall, ohne dass sich eine ausreichende Erklärung für den negativen Befund finden liesse. In den Fäces fand sich besonders reichlich Quecksilber, so das Verf. zu dem Schluss kommt, dass die Hauptmenge des Mittels durch die Galle ausgeschieden werde. **Fehling** (Stuttgart).

---

13. **F. Ahlfeld.** Ueber die Persistenz der Dottergefässe, nebst Bemerkungen über die Anatomie des Dotterstranges.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XI. Hft. 1.)

Verf. konnte persistirende Dottergefässe an zwei wohlgebildeten und zwei missgebildeten reifen oder nahezu reifen Früchten nachweisen. Während der Dotterstrang als Stiel der Dotterblase sich

fortsetzt, sieht man die Dottergefässe von der Oberfläche der Blase abgehen, so dass sie neben den Dotterstrang zu liegen kommen. Auf der Placenta brauchen Dotterstrang und Dottergefäss nicht immer neben einander zu liegen; sie können sich weit von einander entfernen. Für den Nabelstrang ist das Lageverhältniss beider zu einander noch nicht nachgewiesen. Das Gefäss liegt dicht unter der Amnionscheide. In der Bauchhöhle geht der Dotterstrang zum Darme, das Gefäss zum Mesenterium. Dass Mangel der Nabelschnurwindungen zur Persistenz der Gefässe beitrage (Ruge), kann Verf. nicht bestätigen; er vermuthet, dass das Blut dadurch im Gefässe persistire und dies deshalb eher sichtbar sei. Gewöhnlich persistirt die Vene. Besonders häufig finden sich bleibende Dottergefässe bei Missbildungen.

Der Dotterstrang enthält nicht selten zahlreiche Ectasien, die mit Dottermasse gefüllt zu sein pflegen. An einem Strange sah Verf. 16 Cysten. Die dazugehörige Nabelblase war 1,7 Ctm. lang, 1,0 Ctm. breit und prall mit einer dünnschleimigen Masse gefüllt.

Bei seinem Uebertritt von den Eihäuten auf den Nabelstrang hebt der Dotterstrang das Amnion häufig zu einer Falte auf (Schultze'sche Falte), die im Verein mit den daselbst befindlichen Karunkeln das Auffinden der Dotterbläschen in vielen Fällen ermöglicht.

Fehling (Stuttgart).

---

14. Derselbe. Die Entstehung des Nabelschnurbruches und der Blasenspalte.

(Ibidem.)

In einer früheren Veröffentlichung (Arch. f. Gynäkologie Bd. V) hat Verf. die Hypothese aufgestellt, dass ein Theil der Nabelschnurbrüche durch Zug von Seiten des Dotterstranges am Darme entstehe. In vorliegender Arbeit bringt er einen Fall, in dem diese Hypothese durch die Thatsache als richtig erwiesen wird. Der Dünndarm wird durch einen starken Strang (Diverticulum Meckelii) am Bruchsacke festgehalten. Im Weiteren setzt Verf. die Consequenzen dieser Missbildung auf die anderen Organe auseinander.

Die Entstehung der Blasenspalte leitet Verf. von einem Zuge des Dotterstranges ab, der abnorm weit über das Schwanzende hinaus ging, so dass die Allantois, vor dem Enddarme her gedrängt, die Vereinigung der Symphyse und der äusseren Geschlechtstheile unmöglich macht. Da kein Ausführungsgang für die Allantois sich bildet, so füllt sie sich und platzt, wobei die vordere Wand zu Grunde geht, die hintere allein sich mit Schleimhaut überkleidet. Der Darm ist in die hintere Blasenwand hineingezogen und mündet dort mit einer oder mehreren Oeffnungen. Der Enddarm mündet gewöhnlich unterhalb der hinteren Blasenwand. Der Nabel bildet sich zum Theil aus den Bestandtheilen der vorderen Blasenwand (Allantois und Amnion), zum Theil geht seine Scheide in die oberhalb des Nabels ge-

legenen Bauchdecken über. Stösst sich die untere Hälfte ab, so bleibt nur eine sichelförmige Anheftungsstelle.

Ausnahmsweise überhäutet sich die Allantois oder das Amnion unterhalb des Nabels; dann kann eine normale Nabelnarbe entstehen. Verf. beobachtete einen derartigen Fall an einem lebenden Kinde.

Auch bei der Blasenspalte sind viele bemerkenswerthe secundäre Veränderungen zu erwähnen, deren einzelne oft als primäre Ursachen für die ganze Vorbildungsreihe angesprochen werden.

Fehling (Stuttgart).

---

15. Derselbe. Beiträge zur Lehre von den Zwillingen: V. Das Verhalten der Nabelbläschen bei eineiigen Zwillingen.

(Ibidem.)

Verf. untersuchte 8 Placenten mit einem Chorion. 7 Mal waren 2 Amnien vorhanden. In diesen Fällen waren stets zwei Dotterbläschen resp. Dotterstränge vorhanden, die entweder in der Wand zwischen den beiden Amnien oder entfernt von einander lagen. In dem einen Falle, in dem nur ein Amnion vorhanden war, konnte das Nabelbläschen nicht gefunden werden. Vermuthlich lag es zwischen den nahe bei einander liegenden Insertionen der Nabelstränge in dem daselbst fettig degenerirten Gewebe.

Das Verhalten der Nabelbläschen bei eineiigen Zwillingen zeigt drei Variationen:

1) Die Nabelbläschen liegen vollständig getrennt und unabhängig von einander an irgend beliebigen Stellen zwischen Chorion und Amnion, — dann stammen die Zwillinge von zwei verschiedenen Keimblasen. 2) Sie liegen dicht bei einander und finden sich in oder in der Nähe der Amnionscheidewand, — dann können die Zwillinge von zwei verschiedenen Keimblasen stammen, sie können aber auch auf einer Keimblase gewachsen sein, deren Dotter sich getheilt hat. 3) Es findet sich nur ein Bläschen; dasselbe liegt zwischen den Insertionen der Nabelschnure oder in einer der Nabelschnure, — dann stammen die Zwillinge von einem Dotter. **Fehling** (Stuttgart).

Casuistik.

16. **Triaire.** Zwei Fälle von Retention der Placenta nach Abort.

(Gaz. des hôpitaux 1877. No. 41.)

Verf. will bei Retention der Placenta nach Abort in der ersten Hälfte der Schwangerschaft principiell die exspectative Methode beobachtet wissen und nur bei dringender Indication und genügender Eröffnung des Muttermundes zur manuellen oder instrumentellen Entfernung der Nachgeburt schreiten. Er liess bei einem Abort im 4.—5 Monat die Placenta tagelang im Uterus, obwohl 2 Fröste und übelriechender Ausfluss, aber keine Blutung eintrat, bis sie am 4. Tage spontan abging. In einem zweiten Fall, wo nach Ausstossung einer dreimonatlichen Frucht eine lebensgefährliche Blutung sich einstellte, welche auch durch Tamponade nicht vollständig zu stillen war, ging er nach einigen Stunden ein und entfernte

die Placenta mit dem Instrument von Levret. Beide Patientinnen genasen in kurzer Zeit. Er bestreitet, dass aus dem tagelangen Verweilen der Nachgeburt im Uterus der Frau stets Nachtheil erwachse und citirt einen Fall von Joulin, wo die Placenta 40 Tage lang retinirt wurde, ohne dass üble Folgen eintraten.

Runge (Strassburg i/E).

17. **Griffith.** Ueber Hermaphroditismus.

(Brit. med. Journ. 1877. Jan. p. 108.)

18. **Johannovsky.** Ueber einige Bildungsfehler der weiblichen Genitalien.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XI. Hft. 2. p. 371.)

19. **Leopold.** Ueber eine vollständige männliche Zwitterbildung.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XI. Hft. 2. p. 357.)

20. **Berger.** Vollkommner Mangel der Scheide.

(Wiener med. Presse 1877. No. 16. p. 518.)

21. **Beigel.** Uterus unicornis dexter mit eigenthümlichem Verlaufe der Tuba und des Ovarium links.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XI. Hft. 2. p. 380.)

22. **St. Burt.** Uterus simplex mit Vagina duplex.

(New York med. Journ. 1877. Febr.)

G. erzählt zwei Fälle von Hermaphroditismus, wo die Kinder als Knaben registrirt wurden, erst bei der Autopsie fand sich Uterus und Ovarien. Bei der Debatte hierüber in der Harvey'schen Gesellschaft vertheidigten einige Anwesende das »Versehen« der Schwangeren als nicht einflusslos.

J. theilt folgende Fälle mit: 1. 33jähriges kräftiges Mädchen mit weiblichem Typus. Aeussere Genitalien normal. Scheide endet blind 1 Ctm. hinter dem intacten Hymen. Man kann deutlich beide Ovarien und zwischen ihnen einen erbsengrossen vielleicht den Uterus vorstellenden Körper fühlen. Molimina, die vielleicht als mol. menstrualia zu deuten sind, existiren. Demnach ist die uterine Hemmungsbildung von einer ovariellen nicht begleitet.

2. 17jähriges normal menstruirtes Mädchen. Aeussere Genitalien normal, Scheide durch ein sagittales, sich oben nach links ziehendes Septum getheilt, 2 Orificia uteri, kein bicorner Fundus. Zwei Sonden dringen parallel ein, completes Septum. Beide Ovarien tastbar. (Uterus septus bilocularis.)

3. 18jährige Puella publ. Hymen defect, vielleicht hat ein doppelt angelegter Hymen existirt. Vollkommenes Scheidenseptum zieht von der Mitte der vordern Wand zum untern Ende der linken seitlichen Wand, rechte Scheide weit, linke eng. Zwei Scheidentheile, 2 Orificia. Deutlicher Uterus bicornis, rechtes Horn 5, linkes $7^1/_2$ Ctm. lang. (Uterus bicornis duplex, vagina duplex.)

4. 32jährige Nullipara, hat eine Vaginalstenose bei Pockenerkrankung acquirirt. Scheide 3 Ctm. lang. Durch eine kleine Oeffnung dringt die Sonde 6 Ctm. tief in einen Canal ein, in welchem sich früher Blut angesammelt hatte. Darüber gelangte man nach Dilatation der Stenose in einen Raum, der zum Theil mit dem Collum angehörte. In diesen Raum ragte ein fleischiger Sporn hinein, der zwei Hohlräume trennte. Oberhalb konnte man die divergirenden, anteflectirten 2 Uterushörner fühlen. (Uterus bicornis subseptus.)

5. Normal menstruirte 23jährige Magd. Nach einer Anstrengung treten Schmerzen und Blutung ein. Aeussere Genitalien normal. Beim Entfalten der grossen Labien sieht man eine schwarz durchschimmernde dünnwandige, hühnereigrosse Geschwulst. Die Localität des Blutergusses war der stumpfe Rand eines rudimentären Vaginalseptums. Spontaner Durchbruch. Heilung.

L. theilt folgenden Fall mit: Person von 46 Jahren, als Mädchen getauft von männlichem Habitus. Es fand sich ein 6 Ctm. langer solider Penis, Harnröhre als Hypospadie angedeutet, mündet an der Wurzel des Penis. Darunter fand sich eine 2. Oeffnung, die in einen 4—5 Ctm. langen blind endenden Canal führte. In den Schamlippen ein linker kleiner und rechter grosser Hoden zu fühlen, kleine Schamlippen fehlen. Erection des Penis nicht beobachtet. Menstruation nach Angabe der Patientin vorhanden.

B. wurde zu einer jungen Frau, wegen der Unmöglichkeit den Coitus auszuüben, gerufen. Brustdrüsen sehr klein, Brustwarzen kaum angedeutet. Schamlippen normal. Scheide fehlt. Operativ wird ein 7—8 Ctm. langer Canal gebildet. An seinem Ende fand sich ein 3 Ctm. langes 1 Ctm. breites flaches Gebilde, das man für den rudimentären Uterus nahm. Nach der Operation war der Beischlaf möglich.

Die interessante Missbildung, über welche B. berichtet, stammt von einem neugebornen Kinde.

Das rechte Uterushorn neigt sich stark nach rechts, Tube und Ovarien sind normal, das Lig. rot. entspringt etwas weit unten. Links ist nicht einmal die Andeutung eines Hornes vorhanden. Dagegen findet sich ein als linkes Lig. rot. zu deutendes Gebilde, das 13 Mm. unterhalb des rechten Hornes entspringt. Die linke Tuba ist vorhanden, ebenfalls ein als Ovarium erkanntes Gebilde.

Fritsch (Halle a/S.).

Der Fall von Burt ist folgender: Patientin, 27 Jahr alt, Amerikanerin, verheirathet; steril. Vor 4 Jahren hatte dieselbe »Unterleibsentzündung«. Sie kommt wegen Dysmenorrhöe und Sterilität in das Roosevelt Hospital in Neu-York. Der Coitus war immer etwas schwierig und für den Mann sollte das Eindringen des Gliedes beschwerlich gewesen sein. Die Untersuchung ergiebt Folgendes: Der Finger dringt leicht in die ziemlich enge Vagina ein, erreicht den Uterus, findet aber keinen äusseren Muttermund und keine Vaginalportion. In der Seitenlage zeigt sich jedoch ein medianes Septum im Scheideneingange, welches sich bis auf die rechte Seite der Vaginalportion erstreckt und nun findet man eine weitere linke Vagina, die mit der normalen Vaginalportion und der Uterushöhle communicirt. Os externum rund und für die Sonde leicht durchgängig, die nach rechts eindringt. Links am Uterus sitzt eine derbe nur mässige Geschwulst auf, die man, wäre sie auf der rechten Seite gewesen, leicht für ein der blinden Vagina angehöriges zweites, imperforirtes Uterushorn hätte halten können; auf dieser Geschwulst sitzt ein kleiner mandelgrosser Tumor unbeweglich auf. Nach der Anamnese zu schliessen, wird der linke Körper für ein Exsudat im breiten Mutterbande gehalten. der kleinere Tumor für das linke angeheftete Ovarium. Patientin wird von Dr. Nöggerath und Ref. untersucht, und die Diagnose bestätigt. Die Sterilität wird theils dem in Exsudatmassen eingeschlossenen linken Ovarium, theils der Rechtslagerung des Uterus, theils einem profusen Cervicalsecrete zugeschoben. Auf Beseitigung dieser Hindernisse und Erweiterung des Cervicalcanal bezieht sich die Behandlung. (Das Septum wurde am 27. Jan. 1877 mit der galvanokaustischen Schlinge vom Primararzt Dr. Robert Watts glücklich durchtrennt. Ref.)

Munde (New-York).

23. C. v. Rockitansky. Gynäkologische Mittheilungen.

(Wiener med. Presse 1877. No. 1—6.)

Verf. giebt einen Bericht über das von ihm geleitete Maria-Theresia-Frauenhospital. Aus dem reichen Material heben wir folgende Fälle heraus:

Uterus infantilis bei einer 26jährigen, sterilen Frau, Amenorrhoe. — Stenose des Orificii externi; in 4 Fällen wurde die Discission ausgeführt und der Muttermund nach 10 Tagen mit Priestley's oder Ellinger's Instrument erweitert. Heilung stets ohne üble Zufälle. — Hypertrophie des Uterus und zwar der Vaginalportion: 2 Fälle. Galvanokaustische Amputation, es folgte in einem Fall Parametritis, im andern ungestörte Heilung. Die 9,3 beziehungsweise 14 Ctm. langen Uteri wurden

7,3 beziehungsweise 8 Ctm. lang. — In 2 Fällen von Hypertrophie des supravaginalen Theiles der Cervix stand das Os in der Schamspalte, Uterus 9 Ctm., vordere und hintere Vaginalwand prolabirt. Elastische Ligatur eines 5 Ctm. langen Stückes der vordern Vaginalwand, Kolpoperineoraphie, Heilung, Uterus 7 Ctm. lang. Im 2. Fall, bei dem der Uterus 14 Ctm. lang war, wurde ausserdem noch die Kolporaphia ant. vorangeschickt, Heilung. — Auch in Fällen von Hypertrophie des infra- und supravaginalen Theils und der Portio media wurde ähnlich verfahren. — (Die elastische Ligatur, die von Dittel zuerst wieder zur Abtrennung von Neubildungen angewendet wurde, wurde danach auch von Carl v. Braun zur Excision von kleineren Scheidenfalten bei Vorfällen oftmals versucht. Eine Scheidenfalte wird mit 2 Hakenzangen emporgezogen, 2, 3, 4 Karlsbader Nadeln durchgestochen und darunter eine stark gespannte Gummiröhre (dünne Drainageröhre) um die Falte geschnürt. In 7—10 Tagen fällt die Falte ab und eine belegte Wunde ist vorhanden, die nur langsam, aber fast immer ohne üble Zufälle heilt. Ref. selbst hat das Verfahren öfter eingeschlagen, es hat dasselbe aber vor der blutigen Kolporaphie Nichts voraus, im Gegentheil ist das Ligaturverfahren nur langwieriger. Bei Frauen, die das Messer fürchten, und an einem kleinen Prolaps der vorderen oder hinteren Scheidenwand leiden, mag es manchmal kleine Dienste leisten. Ref.) — Bei Endometritis cervicis mit fungösen Granulationen blieb öfteres Cauterisiren mit Lapis ohne Erfolg; 7 Pressschwämme brachten die Granulationen zum Schwinden. Nach Application von Ferrum candens wurde rechtseitiges parametritisches Exsudat, das 4 Monate zur Heilung bedurfte, beobachtet. — Bei Carcinom des Uteruskörpers wurde die Auslöffelung nach Simon angewendet. Um die Schmerzen zu stillen gebrauchte man Einleitung von Kohlensäure in die Vagina ohne Erfolg. Bei Carcinom des Cervicalcanals und der Portio vaginalis wurde symptomatisch in der gewöhnlichen Weise verfahren. — Bei Fibromen zeigte sich eine Behandlung der Blutungen mit Pressschwämmen als nicht ungefährlich. Ja in einem Fall erfolgte der Tod an Septikämie, man fand Embolie der Art. pulm. und Phlebitis in den Cervicalvenen. — Ectropium der Cervix wurde nach Emmet mit gutem Erfolg operirt. Ref. selbst hat die Emmet'sche Operation zuerst in Wien am 19. Februar 1876 in einem ausgesprochenen Falle von seitlichen Rissen und Auswärtsrollung der Cervixwände ausgeführt und konnte sich damals auch Prof. Kaltenbach, der den Fall bei seiner Anwesenheit an der Klinik des Prof. Carl v. Braun sah, während noch die Silberdrähte lagen, von der Zweckmässigkeit der Operation überzeugen. An der Klinik des Prof. Breisky in Prag wurde 1 Monat früher, den 30. Januar 1876 die Operation von einem vormaligen Assistenten Emmet's und dann von Breisky selbst mehrmals ausgeführt. — 9 Fälle von Ovarientumoren kamen zur Behandlung; mehrmals wurde Electrolyse (Prof. Benedikt) ohne Erfolg angewendet. Die Ovariotomien folgen:

1) Grosse einkammerige Cyste des rechten Ovariums bei einer 33 Jahr alten Frau. Den 11. October 1875 Ovariotomie; ausgedehnte Verwachsungen, Fixation des Stiels mit der Spencer Well'schen Klammer, Operationsdauer $^5/_4$ Stunden, $3^1/_2$ Stunden nach Vollendung der Operation Tod. —

2) Einkammerige Cyste des linken Ovarium bei einer 25jährigen Frau. Ovariotomie. Wenig Adhäsionen, Fixation des Stieles mit Spencer Wells'scher Klammer. Heilung nach 21 Tagen, Entlassung der Kranken am 64. Tage nach der Operation.

3) Einkammerige Cyste des rechten Ovarium bei einer 42jährigen Frau. Ovariotomie. Handtellergrosse Verwachsungen; an 3 Stellen Unterbindung mit Catgut, Klammer von Spencer Wells. Heilung 36 Tage nach der Operation.

4) Einkammerige Cyste des linken Ovarium bei einer 45jährigen Frau. Ovariotomie. Ausgebreitete Adhäsionen. Die Frau war nach der Operation lange Zeit wegen peritonitischer Erscheinungen in Lebensgefahr, verliess 93 Tage nach der Operation die Anstalt.

5) Mehrkammerige Cyste des linken Ovarium bei einer 34jährigen Frau. Den 18. November Ovariotomie. Der breite Stiel wurde mit der Spencer-Wells-

schen Klammer in der Bauchwand befestigt. Die Kranke verliess 22 Tage nach der Operation das Bett.

6) Multiloculäres Gallertcystoid bei einer 36jährigen Frau. Den 8. December Ovariotomie, ausgebreitete Adhäsionen, Versenkung des Stieles; Ende December verbleibt die Kranke ausser Gefahr.

Von Krankheiten der Scheide und Vulva kamen Prolapse, Abscesse der Bartholin'schen Drüsen, Carunkeln der Urethra, Dammrisse, Carcinom und Cysten der Vagina zur Behandlung. **Bandl** (Wien).

24. **S. Popel.** Der Intermenstrualschmerz.

(Moskowskaja med. Gaseta 1877. No. 4. p. 104 ff. russisch.)

Eine 22jährige, schwächliche, nervöse Frau hat vor zwei Jahren vermuthlich einen Abort von 2 Monaten überstanden und ist darnach erkrankt. Genau 14 Tage nach jeder Menstruation treten Gefühl von Schwere, Hitze und starke Schmerzen im Unterleibe ein und dauern ein Paar Tage. Dabei zeigen sich regelmässig dünne Stühle mit Blutbeimischung, von P. als Diarrh. glaireuse Aran bezeichnet. Die Untersuchung während des Anfalls ergiebt erhebliche Vergrösserung des Uterus, Empfindlichkeit des Parametrium besonders in den Ovarialgegenden, Veränderung der Farbe der Vaginalschleimhaut und reichlichere Schleimabsonderung aus der Cervix. Blut hat sich nur ein Mal gezeigt, nachdem zur Erweiterung der Cervix Pressschwämme gebraucht worden waren. Für gewöhnlich sind die Genitalien normal, nur ist die Vaginalportion kegelförmig und der Muttermund eng. — P. hat seinen Fall geheilt durch tägliche Erweiterung der Cervix mit dem Ellinger'schen Instrumente während des Anfalls, durch »erweichende« Vaginalinjectionen, Compress. echauff. auf den Leib und Suppositorien mit Bromkalium. —

Seine Meinung über den Intermenstrualschmerz spricht P. fast mit den Worten Fasbenders folgendermassen aus: Unter gewissen Bedingungen (Reizbarkeit der Nerven überhaupt, der Ovarien in specie, bei Krankheiten der letzteren) können die physiologischen Reizphänomene im Ovarium sich in kürzerer Zeit als in 4 Wochen soweit summiren, dass sie reflectorische Hyperämie der Genitalien hervorrufen, d. h. das bewirken, was den sog. Intermenstrualschmerz bedingt. Den Schmerz selbst bezeichnet P. als dysmenorrhoischen, wobei er ausser der Dysm. membranacea nur noch eine mechanische Retentions-Dysmenorrhöe anerkennt, die im vorliegenden Falle auf Hyperämie des Rouget'schen Schwellapparates der Vaginalportion und dadurch bedingter Verengerung des Cervicalcanales beruhen soll.

E. Bidder (St. Petersburg).

25. **Winkler.** Dritte Ovariotomie mit Drainage und Stielversenkung. Heilung nach 10 Tagen.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XI. Hft. 2. p. 362.)

19½ Jahr alte Virgo mit 100 Ctm. grossem Leibesumfang, Cystadenoma ovarii dextri.

Bauchschnitt 15 Ctm. lang, parietale Adhärenzen, Stiel in 3 Partien mit chinesischer Rohseide ligirt und versenkt. Drainage des Douglas. In der Reconvalescenz überschritt die Temperatnr nicht 38. Der in den ersten 4 Tagen nach der Operation unfreiwillig erfolgte Urinabgang thut nach Ansicht W.'s der Bedeutung der Drainage keinen Eintrag. **Küstner** (Halle a/S.).

26. **P. A. Levin.** Hydriatische Behandlung während der Menstruation.

(Hygiea 1877. No. 1.)

In Folge eines Ausspruchs der Société d'hydrologie in Paris, dass hydriatische Behandlung ohne Gefahr während der Menstruation anwendbar sei, spricht Verf. nach seiner vieljährigen Erfahrung als Badearzt sich dahin aus, dass die Frauen zu dieser Zeit sich der Bäder mit Kaltwasserbehandlung enthalten sollen. Erstens

haben die Meisten während der Menstruation Widerwillen gegen solche Behandlung, und obgleich er zugeben muss, dass er schädliche Ereignisse nicht gesehen, hat eine Kaltwasserbehandlung doch immer einen nicht geringen Einfluss auf die Menstrualblutung, was häufig genug bei Amenorrhoe, und bei wiederkehrender Menstruation, wenn diese kurz vorher aufgehört hatte, dargelegt werden kann. Eine Steigerung einer vorhandenen Menstrualblutung wird daher in den meisten Fällen nicht wünschenswerth sein, muss eher vermieden werden.

Dass kalte Waschungen und Abreibungen angestellt werden können, ist eine andre Sache, nur muss er einem solch' kategorischen Ausspruche, wie von den französischen Badeärzten geschehen, widersprechen, denn es müssen vor Allem die individuellen Verhältnisse berücksichtigt werden, wofür keine bestimmten Regeln gegeben werden können. **Ingerslev** (Kopenhagen).

27. **Magnin.** Vergeblicher Versuch, durch Abortiva den Abort herbeizuführen.

(Journal de méd. et de chirurgie Bd. XLVIII. März. p. 119.)

Eine Frau in den zwanziger Jahren klagte seit 24 Stunden über heftige Beckenschmerzen, ohne dass zunächst etwas nachzuweisen war. Es bestand heftigster Tenesmus, Harndrang und Durchfälle wie bei Dysenterie. Die Kranke gesteht ein, dass sie eine grosse Quantität Absinth und ein Liter Sadebaum-Abkochung getrunken hat. Es bildet sich zwischen Rectum und Vagina ein in die letztere hineinragender Abscess, der sich spontan nach beiden Seiten hin eröffnet. Trotz alledem erfolgt 7 Monat später eine rechtzeitige Geburt.

Fritsch (Halle a/S.).

28. **W. Netzel.** Fall von intrauteriner Blutung vor der Entbindung.

(Hygiea 1877. No. 1.)

Eine 32jährige zum 5. Mal Schwangere bekam nach einer anstrengenden Arbeit Schmerzen im Rücken und unbedeutende Blutung mit grossem Schwachheitsgefühle und Ohnmachtsneigung. Neben grosser Bleiche und Kühle der Haut, klagte sie über anhaltende Spannung im Unterleibe; dieser war wie im 9. Monate ausgedehnt, sehr gespannt, namentlich rechts oben im Muttergrunde, der hier mehr als gewöhnlich emporgewölbt war. Herztöne nicht vorhanden. Nach einigen Stunden traten starke Wehen ein, und die Geburt verlief normal, nach derselben entleerten sich grosse Mengen Blutcoagula. — Der Fruchtkuchen zeigte an der Uterinfläche zwei verschiedene Partien, die eine ein kreisförmiges Segment längs dem Rand bildend, wo das Gewebe sich dick und hoch mit unebener Fläche anfühlte, die andere centrale Partie abgeflacht und eingedrückt, das übrige normale Placentargewebe an dieser Stelle viel dünner und von grossen Blutcoagula bedeckt. Im Durchschnitte zeigte sich hier das Gewebe zusammengedrückt und blutleer. — In diesem Falle hatte somit die Blutung zwischen Uterinwand und Placenta stattgefunden, vom Rande derselben eingeschlossen und die Mitte des Fruchtkuchens schalförmig gegen die Uterinhöhle einwölbend. Die Annahme einer festeren Verbindung zwischen Placentarrand und Uterinwand wird durch die anatomischen Verhältnisse nicht gestützt. Wegen der zahlreicheren Gefässlumina über der Mitte des Fruchtkuchens ist die Uterinwand hier weniger contractionsfähig und resistent als am Rande, wo dadurch der Blutung eine Grenze gesetzt wird. Solche Trennung der Placenta kostet dem Kind das Leben, auch für die Mutter kann die acute Anämie bedenklich werden, die bedeutende Ausdehnung des Uterus verursacht Schmerzen, kann vielleicht auch eine Ruptur bedingen.

Ingerslev (Kopenhagen).

29. **R. D. Purefoy.** Einige Bemerkungen über Extrauterinschwangerschaft.

(Med. Press and Circul. 1877. März 21.)

Eine Frau hatte im März 1873 zuletzt die Regel, hielt sich von da an für schwanger. Im Mai, Juni und August machte sie heftige Schmerzanfälle durch, kurze Zeit hernach fand sich bei der Untersuchung eine harte Geschwulst in der linken

regio hypogastrica, beweglich, bis zum Nabel reichend, der Uterus erwies sich leer. Im November gingen zuerst Knochen per vaginam ab, und von da ab 12 Monate lang. Gegenwärtig befindet sie sich ganz wohl, der einzige Ueberrest ihrer Krankheit ist eine kleine Narbe an der linken Seitenwand der Vagina, und eine Abweichung des Uterus ebendahin. Betreffs Behandlung solcher Fälle räth Verf. zur Punction mit einem feinen Troikar, wenn der Zustand früh entdeckt wird. Sei das Kind gegen Ende der Schwangerschaft abgestorben, so sei rein symptomatisch zu verfahren. **Underhill** (Edinburg).

30. **Dumont-Pallier.** Extrauterinschwangerschaft. Tod durch Urämie.

(Gaz. des hôpitaux No. 44.)

Eine Frau erkrankt plötzlich zur Zeit ihrer Menses mit allen Zeichen einer inneren Blutung, 20 Tage darauf wird sie von Convulsionen befallen mit einer Temperatursteigerung bis auf 40,5 und stirbt im Coma. Bei der Section findet man einen grossen Bluterguss, der die ganze Beckenhöhle ausfüllt, in ihm in der Gegend der rechten Tuba ein Foetus von etwa 3 Monaten, die Tubaröffnung dilatirt und in ihr die Placenta von der Grösse eines Zweifrankstückes. Die beiden Ureteren sind vollständig comprimirt und stark dilatirt, ebenso die Nierenkelche und Becken. Der Uterus enthält keine Decidua, welche möglicherweise zur Zeit der inneren Blutung ausgestossen ist. **Runge** (Strassburg i/E.).

31. **Breithwaite.** Instrumentelle Entbindung ohne Wissen der Frau.

(Obstetr. Journ. of Great Britain and Ireland 1877. Febr. p. 725 — 728.)

Besonders bei Wehenschwäche ist Verf. für eine baldige Entbindung durch die Zange und empfiehlt hierzu sein Instrument, welches er schon im Brit. med. Journal 1869 und 1870 beschrieben hat. Es sei sehr leicht und ohne Aenderung der Lage für die Frau anwendbar. Bei 384 Entbindungen wandte er es 38 Mal an. 37 Kinder wurden lebend geboren. Nur eine Mutter erkrankte an Pelveoperitonitis. Die Zange besteht aus 2 Blättern, die gleichzeitig eingeführt werden. Die Blätter sind gut in einander gepasst, so dass die Convexität des einen in der Concavität des anderen liegt. Die Einführung geschieht z. B. bei erster Schädellage mit der rechten Hand in die rechte Beckenseite. Das linke Blatt wird dann um den Kopf herumgeführt. Das Instrument wiegt nur 300 Grm. und würde in der That beim Einführen von der Frau nicht gefühlt. **Leopold** (Leipzig).

32. **Underhill.** Fehlen der Schmerzen bei den Wehen im 2. Geburtsstadium.

(Edinb. med. Journal 1877. Mai. Bd. CCLXIII.)

Eine 16jährige körperlich und geistig etwas zurückgebliebene Kreissende hat bis zum Blasensprung normale schmerzhafte Wehen. Nach dem Wasserabfluss wurden zwar objective Wehen nachgewiesen aber die Kreissende fühlt davon absolut nichts. Diese völlige Gefühlslosigkeit dauert auch bis nach der Geburt des Kindes fort. Einen ähnlichen Fall berichtet Montgomery (Signs and symptoms of pregnancy 2. edit. 1863. p. 608). **Fritsch** (Halle a/S.).

33. **M. Duncan.** 5 Fälle von completer Inversion des Uterus mit Bemerkungen über die Operation der chronischen Inversion.

(Edinb. med. Journal 1877. März. Bd. CCLXI. p. 769.)

34. **R. Hickmann.** Inversio uteri.

(The Lancet. p. 231.)

1. Im 8. Monat der Schwangerschaft tritt Uebelkeit und Erbrechen bei habitueller Stuhlverstopfung ein. Man hält es für nöthig die künstliche Frühgeburt einzuleiten. Dies geschah mittelst Einführung eines Pressschwammes, Geburt eines lebenden Kindes, Placenta spontan ausgestossen. 5 Minuten später, nachdem

mittlerweile der gut contrahirte Uterus durch die Bauchdecken gefühlt war, tritt Blutung ein, währenddem Erbrechen, es entsteht Inversion, ½ Stunde post part. erfolgt der Tod. Bei der Section fand man den kindskopfgrossen invertirten Uterus in der Vagina. Die Inversion ging bis zum inneren Muttermund. Die Cervix war verlängert, dünn, nicht invertirt. Alle Organe, auch der Uterus gesund. Dies war also eine spontane, passive Inversion, und der Vorgang ist so zu erklären, dass erst Blutung eintrat, dann Ausdehnung des Uterus, dann bei zufälligem Erbrechen Inversion.

2. Multipara, leichte Geburt, keine Blutung, Placenta nicht leicht zu entfernen. 45 Minuten nach der Niederkunft plötzlich Harndrang und Schmerzen. Bei der sofortigen Untersuchung fühlt man den invertirten Uterus in der Scheide, der Uterus wird mit der daranhängenden Placenta reponirt, und diese dann künstlich gelöst. Normales Wochenbett. Dies war ein Fall von künstlicher, activer Inversion. Es bestand Paralyse der Placentarstelle, welche durch Zug am Nabelstrang zur völligen Inversion wurde.

3. Ein Jahr nach der Geburt eines Kindes wird bei einer anämischen Frau eine complete Inversion entdeckt. Dieselbe hatte also ein Jahr bestanden und viele Blutungen gemacht. Mehrmals wurden sehr kräftige aber erfolglose Repositionsversuche ausgeführt. Dann trägt Patientin einen Druckapparat, durch welchen der Fundus erweicht wird; erst jetzt gelingt die Reposition. Völlige Gesundheit.

4. 5 Monate nach der Geburt, seit welcher Metrorrhagie bestand, wurde die Inversion gefunden. Auch in diesem Falle misslangen die ersten Repositionsversuche. Erst nachdem ein Repositor getragen war und man mehrere Incisionen gemacht hatte, konnte man den Uterus partiell reinvertiren. Danach wurde die Reinversion spontan complet.

5. Patientin hat vor 14 Jahren ein Kind geboren. Einen Tag danach traten Erbrechen, Schmerzen und Harnbeschwerden ein. Blutung dauerte 11 Tage. Jetzt wird verschiedene Male die Taxis erfolglos versucht. Dann schreitet man zur Amputation des invertirten Uterus, er ist knorpelhart. Nach der Abtragung konnte man in der Mitte die durchschnittene Tube sehen, der Stiel cauterisirt. Am 29. Tage nach der Operation Tod an allgemeiner Peritonitis. Zwischen Blase und Rectum verjauchtes Blut. Nach Verf. ist das wichtigste bei der Inversion die Umstülpung des Körpers, die Verhältnisse der Cervix sind nicht besonders wichtig. Kann man den Körper reinvertiren, so ist die Hauptsache geschehen, die Incisionen wirken blos indirect erleichternd und sind nicht immer nöthig.

Fritsch (Halle a/S.).

H. berichtet in der Londoner geburtshülflichen Gesellschaft 2 Fälle von Inversio uteri bei von Hebammen geleiteten Geburten. Die Reposition war leicht. Ebenso berichtet Dr. Elkington einen am 3. Tag nach Einnehmen von Castoröl entstandenen, ebenfalls leicht reponirten. Dr. Godson erzählt 2 je 2½ Jahr alte Fälle, wo der Uterus mittelst Ecraseurs entfernt wurde. Dr. H. Smith berichtet einen Fall von Reposition des Uterus 3 Monate nach der Geburt und betont den Nutzen des Beginns der Reposition vom Eileiter aus. Maberly endlich hat ebenfalls nach erfolglosen Repositionsversuchen den Uterus durch Ecraseur entfernt.

Bei der auf diese Berichte in der geburtshülflichen Gesellschaft zu London folgenden Debatte wird besonders von Dr. Storer die Vermeidung einer Verstümmlung der Frau durch Ecrasement des Uterus betont und die Anwendung der Thomas'schen Methode — Dilatation des Cervicalrings nach Eröffnung der Bauchhöhle von oben — befürwortet. **Fehling** (Stuttgart).

35. **Küstner.** Beitrag zur Lehre von der puerperalen Infection der Neugeborenen.

(Arch. f. Gynäkologie. Bd. XI. Hft. 2. p. 256.)

Verf. theilt zwei Fälle mit, bei denen durch die Section eine Pneumonie bei Neugeborenen nachzuweisen war. Im ersten Fall war während der Geburt Fieber

eingetreten und äusserst putrides, stinkendes Fruchtwasser abgeflossen, welches das Kind nachweisbar inspirirt hatte. Die Mutter starb an acutester Septhämie. Das Kind starb 2 Tage alt. Mit Ausnahme der Lunge waren sämmtliche Organe normal.

Das 2. Kind hatte ebenfalls Fruchtwasser aspirirt und starb 3 Tage nach der Geburt, die Mutter erkrankte an Erisypelas faciei und an parametritischen Exsudate. In diesem Falle soll nach Aussage der Hebamme das Fruchtwasser ebenfalls stinkend gewesen sein.

Der erste Fall bedarf keiner Erklärung. Beim zweiten kann man entweder den gleichen Zusammenhang wie beim ersten annehmen, oder man muss nach Hohenhausen's Versuchen (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. V. p. 601) glauben, dass die eingeathmete schlechte, mit Infectionsträgern angefüllte Luft, das aspirirte Fruchtwasser zu Infectionsstoff umwandelte.

Fritsch (Halle a/S.).

36. **C. Colognese.** Ein Fall von geheilter Spina bifida.

(Annali universali di med. e Chirurgie 1877. Febr.)

Ein neugeborenes, reifes Mädchen zeigte in der Gegend des 4. Dorsalwirbels eine orangengrosse, mit einem deutlichen Stiele versehene, weiche, fluctuirende Geschwulst. Die in derselben enthaltene seröse Flüssigkeit (Capillarpunction) communicirte mit dem Wirbelcanale. Am 11. Tage nach der Geburt wurde der Stiel mittelst eines gewöhnlichen Drainagerohrs abgebunden und die Ligatur später fester angezogen. Am 9. Tage fiel die Geschwulst ab, es vernarbte der Substanzverlust sehr bald und selbst die Lücke im Knochen füllte sich später durch neugebildete Knochenmasse wieder aus. **Liebman** (Triest).

Einladung

zur Gründung einer deutschen Gesellschaft für Gynäkologie.

Eine grössere Anzahl deutscher Geburtshelfer und Frauenärzte hat beschlossen, eine Gesellschaft für Gynäkologie zu gründen. — Die Unterzeichneten wurden beauftragt, die Statuten zu entwerfen und die Vorbereitungen für die erste constituirende Versammlung der Gesellschaft, welche am 15. und 16. September in München tagen wird und in deren erster Sitzung die Statuten festgestellt werden sollen, zu treffen. Wir laden diejenigen Herren Fachgenossen, welche der neuen Gesellschaft als Mitglieder beizutreten wünschen, ein, sich Sonnabend den 15. September Vormittags 10 Uhr im Münchener Polytechnikum einzufinden.

Eine Anzahl wissenschaftlicher Vorträge ist bereits angekündigt, weitere Anmeldungen von Vorträgen werden erbeten.

Credé	***v. Hecker***	***Hegar***
in Leipzig.	*in München.*	*in Freiburg i/B.*

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S., an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Erster Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 10 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 8. **Sonnabend, den 7. Juli.** **1877.**

Inhalt: **Stahl**, Zur Entwicklung der Ovarialgeschwülste. (Original-Mittheilung.)
1. **Zuntz**, Respiration des Fötus. — 2. **Ripping**, Geistesstörungen. — 3. **Hildebrandt**, Krankheiten der äusseren Genitalien. — 4. **Birnbaum**, Die Geburt des Menschen. — 5. **Reimann**, Geburten nach dem Tode der Mutter. — 6. **Puech**, Wiederholung der mehrfachen Geburt. — 7. **Wasseige**, Intracranielle Cephalotripsie. — 8. **Laroyenne**, Lähmung des Diaphragma. — 9. **Wahl**, 10. **Cron**, Puerperalfieber. — 11. **Kisch**, Klimakterische Metrorrhagie. —
12. **Verneuil**, Wundverlauf bei Schwangerschaft. — 13. **Atthil**, Erysipel im Gebärhaus. — 14. **Robinson**, 15. **Rigden**, Pocken. — 16. **Français**, Ammoniakvergiftung. — 17. **Stickl**, 18. **Netzel**, **Blix**, Extrauteringravidität. — 19. Vaginalruptur. — 20. **Jakesch**, 21. **Le Roy**, Selbstentwickelung. — 22. **Macdonald**, 23. **Leopold**, Pleuritis. — 24. **Rokitansky**, Entfernung eines eingewachsenen Pessars. — 25. **Goodell**, Sterilität. — 26. **Luneau**, Hydramnios.

I. Zur Anatomie und Diagnose der theils extra- theils intraperitonealen Entwicklung von Ovarialgeschwülsten.

Von

Dr. **Karl Stahl**,

Assistent an der gynäkologischen Klinik zu Freiburg i/Br.

Am 25. Mai 1877 wurde von Prof. Hegar eine Ovarialgeschwulst operirt, die durch ihre halb intra- halb extraperitoneale Entwicklung einen wichtigen Beitrag zur Anatomie und Diagnose derartiger Geschwülste liefert.

Vom Befund vor der Operation (am 17. Mai aufgenommen) sind folgende Puncte hervorzuheben: Abdomen ungleich ausgedehnt, rechts unten stärker vorspringend. Etwas unterhalb des Nabels verläuft eine

Furche von rechts nach links schief über die Geschwulst herüber. Am unteren Abschnitt derselben ist eine scharfe Querleiste durch das Auge und das Gefühl wahrzunehmen, sobald die Kranke drängt, hustet oder sonst ihre Bauchpresse in Action setzt. Der unterhalb jener Furche befindliche Abschnitt des Tumors ist im Allgemeinen praller gespannt und fester, die Fluctuation undeutlicher, während der obere Theil deutliche, grosswellige Fluctuation zeigt. — Bei der combinirten Untersuchung per vaginam und per rectum lässt sich der ganze Uterus leicht abgreifen; vom rechten Fundalwinkel zieht eine gespannte, strangartige, fingerlange Membran zur Geschwulst hin.

Die Diagnose lautete: Rechtsseitiges multiloculäres Ovarialcystom mit langem, breitem Stiel.

Die Operation bestätigte diese Diagnose vollständig, ergab aber hinsichtlich der Entwicklungsweise der Geschwulst unerwartete Verhältnisse, die nachträglich eine Erklärung für den eigenthümlichen, äusseren Befund lieferten. Es ergab sich nämlich, dass, wenn auch zahlreichere Cystenräume vorhanden waren, die Geschwulst doch wesentlich aus 2 Theilen bestand, einem unteren extraperitoneal entwickelten und einem oberen intraperitonealen.

Der erstere hatte die vordere Platte des Lig. latum derart aufgehoben, dass die normale Tasche zwischen Lig. latum und vorderer Bauchwand verstrichen war. Die Geschwulst hatte sich nach vorn und oben zwischen Peritoneum und fascia transversa fast bis zur Nabelhöhe hereingeschoben, sich nach der Seite bis zur seitlichen Beckenwand ausgedehnt und reichte abwärts bis nahe an die obere Grenze des Foramen ischiadicum. Das hintere Blatt des Lig latum war nicht verändert. Auch den medianen Theil des Lig. latum hatte die Geschwulst nicht entfaltet, vielmehr fand sich zwischen ihr und dem Uterus ein gut ausgeprägter Stiel von der im Befund angegebenen Beschaffenheit. — Der obere Theil der Geschwulst war, wie bereits erwähnt, vollkommen intraperitoneal. Vom unteren war er getrennt durch eine ausgesprochne Furche, die durch ein sehnig verdicktes, quer verlaufendes, etwa 1 Ctm. breites Band noch schärfer markirt war. Diesen Verhältnissen entsprechend hatte man nach Eröffnung der Bauchhöhle diese durch eine Art Diaphragma (das aufgehobene vordere Blatt des lig. latum) in einen oberen und unteren Raum getheilt gefunden.

Betrachten wir jetzt noch einmal den Befund bei der äusseren Untersuchung, so ergeben sich einzelne Anhaltspuncte, die zur Diagnose einer derartigen halb extra- halb intraperitonealen Entwicklung der Geschwulst verwerthbar sind: Eine quer verlaufende Furche kann zwar auch durch eine gewöhnliche polycystische Geschwulst bedingt sein, aber wohl schwerlich eine so scharf markirte, wie hier. Wichtiger ist die bei starkem Drängen, also bei Erhöhung des intraabdominellen Drucks scharf gespannte Querleiste am unteren Theil der Furche: sie kam zu Stande durch Vordrängen des intraperitonealen Geschwulsttheils, während der vermehrte Druck den zwischen Becken

und Peritoneum eingeklemmten, extraperitonealen Theil weder in der Lage noch in der Gestalt veränderte. — Die grössere Festigkeit des unteren Theils des Tumors ist in unserem Fall nicht etwa zurückzuführen auf zahlreichere, kleine Cysten oder consistenteren Inhalt, da sowohl unten als oben eine grosse Hauptcyste mit dünnflüssigem Inhalt vorhanden war, sondern auf die starke Spannung der unteren Cystenwand durch das straff darüber ziehende und verdickte Peritoneum. Wenn auch diese verschiedene Consistenz nur mit der grössten Vorsicht für die Diagnose verwerthbar ist, so kann sie doch, verbunden mit der erwähnten Querfurche und der beim Drängen scharf markirten Leiste auf die Möglichkeit und selbst Wahrscheinlichkeit einer solchen Entwicklung aufmerksam machen, und unter Umständen, was in unserem Fall nicht war, durch das dichte Herangehen der Geschwulst an den Seitenrand des Uterus oder an die seitliche Beckenwand die Diagnose sicher machen.

Nach Eröffnung der Peritonealhöhle kann der Sachverhalt aufgeklärt werden durch das die Bauchhöhle diaphragmaartig theilende Bauchfellblatt und durch das sehnige Band zwischen beiden Geschwulsttheilen, welches das verdickte Ende des den extraperitonealen Theil überziehenden Peritoneums darstellt. Ob dieses Band ein constantes Vorkommniss ist, müssen übrigens erst weitere Beobachtungen ergeben.

In Bezug auf die Operation und den Verlauf nach derselben verweise ich auf einen in der »deutschen medicinischen Wochenschrift« demnächst erscheinenden Aufsatz von Dr. Tauffer.

---

1. **Zuntz.** Ueber die Respiration des Säugethierfötus.

(Archiv für die gesammte Physiologie v. Pflüger 1877. Bd. XIV. p. 605.)

In einer Arbeit über die Respiration des Fötus (Arch. f. Gynäkologie Bd. IX. Hft. 2) hatte Zweifel aus seinen Versuchen den Schluss gezogen, dass dem Fötus ein gleich reger Sauerstoffverbrauch zukomme, wie dem Geborenen.

Im Anschluss an die schon früher ausgesprochene gegentheilige Ansicht von Pflüger (dessen Archiv Bd. I. Hft. 1) zeigt Verf. durch Berechnung, dass selbst bei grösserer synthetischer Arbeit, als sie wirklich beim Aufbau der Organe vorkommt, keine so bedeutenden Oxydationsprocesse stattfinden. Allerdings ist die Frage immer noch nicht gelöst, in welcher Form der Fötus sein Nahrungsmaterial erhält, ob das Eiweiss als solches übertritt, oder als Pepton, oder ob es aus Harnsäure und Fett resp. Kohlehydraten entsteht. Unter Zugrundlegung der letztern Entstehungsweise und der mehr als ums doppelte zu hoch gegriffenen Annahme, dass der Fötus 1000,0 trocknes Eiweiss enthalte, lässt sich zeigen, dass selbst in diesem Fall nur eine äusserst geringe Sauerstoffaufnahme nöthig ist, 0,169 Grm. Sauerstoff pro Kilo und Tag, gegenüber 14—15 Grm. beim Erwachsenen.

Die Verbrennungswärme der nöthigen Harnsäure- und Kohle-

hydratmenge übertrifft aber noch die des Eiweisses, so dass auch hierin kein Grund zu Sauerstoffverbrauch vorliegt. Wird aber das Eiweiss, was viel wahrscheinlicher ist, als solches oder als Pepton vom Fötus aufgenommen, so ist sogar nur eine Sauerstoffaufnahme von 0,04 pro Kilo und Tag nöthig.

Der Grund, warum Zweifel zu obiger Annahme kam, liegt in der Deutung seiner Versuche. Lässt man ein Mutterthier ersticken, so sieht man allerdings sehr bald, wie dies Blut in den Nabelgefässen des Fötus dunkler wird, allein das rührt daher, dass dasselbe in der Placenta Sauerstoff an die Mutter abgiebt. Dies wird durch einen im Text ausführlich angegebenen Versuch klar gelegt, indem das Nabelvenenblut selbst dunkler wird als das der Arterien; auch die sauerstoffarme nicht mehr von Blut durchströmte Muskelsubstanz des Uterus kann dem Fötusblut bedeutend Sauerstoff entziehen.

Ferner führt Verf. eine Beobachtung an, wo ein 4 Monate alter Fötus 20 Minuten nach Unterbrechung seiner Sauerstoffzufuhr noch Reflexbewegungen zeigte, und wo das Herz noch nach einer Stunde schlug.

Pflüger (sein Archiv Bd. XIV. p. 628) fand bei einem 18—20 Tage alten Ei sogar noch nach 24 Stunden Pulsation des Herzens. Ebenso fand Verf. durchs Experiment, dass der Fötus ein geringeres Sauerstoffbedürfniss hat als der Erwachsene, indem er nach Absperrung der Nabelgefässe den Mangel der Sauerstoffzufuhr vielmal länger erträgt als der Erwachsene. Der Hämoglobingehalt des Fötus wurde viel niederer als der des Mutterthieres gefunden. Da nun beim hämoglobinarmen Blut schon eine kleine Sauerstoffdifferenz einen grösseren Farbenunterschied macht, so lässt der so geringe Farbenunterschied zwischen dem Blut der zu- und abführenden Placentargefässe den wahrscheinlichen Schluss zu, dass die Oxydationsprocesse beim Fötus geringer sind.

Dass der Fötus zuweilen schon wenige Secunden nach Unterbindung des Nabelstrangs die ersten Athembewegungen macht, lässt sich auch so erklären, dass das sauerstoffarme Blut der Körpervenen nun direct zur Medulla gelangt und das Athmungscentrum reizt.

Hiernach kommt Verf. zum Schluss, dass der Fötus einen wesentlich geringeren Stoffwechsel habe als der Geborene, ein Satz, der mit Bezug auf die Sauerstoffaufnahme und die eigentliche Thätigkeit der Organe des Fötus gewiss seine Richtigkeit hat, während der relative tägliche Ansatz an Eiweiss und Fett entschieden grösser ist als beim Geborenen.

Endlich ist der Ausgleich der Spannungsdifferenz zwischen arteriellem und venösem Blut in der Placenta auch ein Beweis für die Pflüger'sche Annahme, dass die Spannungsdifferenz zwischen Capillarblut und Geweben genügt, um das Verschwinden einer gewissen Sauerstoffmenge bei jedem Kreislauf zu erklären.

Fehling (Stuttgart).

2. Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden. Monographisch bearbeitet von Dr. med. Ripping, Director der rhein. Prov.-Irren-Heilanstalt Siegburg.

Stuttgart, **Ferd. Enke** 1877. 139 S. 8.

Unter Puerperal-Manie werden bis jetzt sämmtliche Irrseinsformen und nicht blos des Wochenbetts, sondern auch der Schwangerschaft und Lactation zusammengefasst.

Nach seinen Beobachtungen am Siegburger Material glaubt Verf. in ätiologischer Beziehung als Grundzustand der in verschiedenen Puerperiumsphasen psychisch Erkrankten Blutverarmung und allgemeine Ernährungsstörung annehmen zu sollen und findet die Bestätigung dieser Auffassung in der Differenz zwischen den Aufnahmegewichten der Kranken und den Entlassungsgewichten der Genesenen, die in den angeführten Krankengeschichten sich auf 11 bis 29 Kilo beziffert. Dagegen konnte eine besondere psychopathische Diathese nicht constatirt werden.

Unter den zu Grunde gelegten 180 Fällen finden sich alle Formen der Geistesstörung mit Ausnahme des epileptischen und paralytischen Irreseins, am zahlreichsten die Fälle von Melancholie und demnach ist die hergebrachte Bezeichnung als Puerperalmanie nicht begründet. Erblichkeit ist nicht von Einfluss. Das Lebensalter zwischen 30 und 35 Jahren ist das häufigste.

Wenn man die blos gebesserten ausschliesst, so bleibt die Prognose weniger günstig, als man bisher annahm. Gross ist hier der Unterschied zwischen den einzelnen Formen. Bei weitem die günstigste Prognose bietet die Manie. Von ihr sah Verf. 62% genesen. Von der Melancholie dagegen nur 33,6%. Unter den mit Melancholie begonnenen Psychosen geben die als einfache Melancholie verlaufenen Fälle eine viel günstigere Prognose, als die combinirten Fälle, unter denen am ungünstigsten diejenigen von Melancholie mit folgendem Wahnsinn. Viel günstiger sind die mit Manie beginnenden einfachen oder combinirten Fälle. Auch bei den Puerperalpsychosen bewahrheitete sich die Erfahrung, dass die Prognose um so günstiger wird, je kürzer die Zeit von der Entstehung bis zur Aufnahme in die Anstalt. Wie im Allgemeinen, so bieten auch diese Psychosen als Recidive eine günstigere Prognose. Die Durchschnittszeit bis zur Genesung beträgt 9,2 Monat und zwar für die Manie 7,9, und für die Melancholie 10,7 Monat. Die grösste Zahl genest binnen 6, 7 und 8 Monaten.

In pathologisch anatomischer Beziehung konnten allgemeine charakteristische Merkmale nicht gefunden werden. In der Regel wird der Tod durch Tuberkulose, sehr selten durch acute Krankheiten herbeigeführt.

Die Behandlung anlangend, so ist prophylaktisch eine kräftigende Diät am Platze und bei nachweisbarer Kräfteabnahme das Stillen nicht zu gestatten. Bei wirklich psychisch Erkrankten ist

ebenfalls die Ernährung zu heben. Leider machen Verdauungsstörungen und Magenkatarrh, der entweder schon von vorn herein vorhanden oder erst in Folge der so häufigen Nahrungsverweigerung auftritt, jede intensive Ernährung im Anfang unmöglich. In diesen Fällen sind zunächst die Verdauungsstörungen medicamentös zu beseitigen. Die Nahrungsverweigerung, die durch Wahnideen, Hallucinationen, perverse Geschmacksempfindungen bedingt und unterhalten wird, ist oft so hochgradig, dass jede auch noch so geringe Quantität Speise sofort erbrochen und eine wirkliche Ernährung fast unmöglich wird. Diese Zustände, fast immer die Folge der seit lange fortgesetzten Enthaltsamkeit von Speisen, werden am leichtesten durch frühzeitige Zwangsfütterung vermieden. Man sollte damit nicht länger als höchstens 4 Tage warten, da von dieser Zeit an sich Magenkatarrh entwickelt, der durch den begleitenden Verlust des Hungergefühls und das auftretende Ekelgefühl die Nahrungsverweigerung sehr erleichtert. Die Zwangsfütterung mittelst Schlundsonde durch Mund oder Nase muss nach längerer Abstinenz die nährende Flüssigkeit nur langsam zuführen, weil sonst Erbrechen zu fürchten ist. Tritt dies dennoch ein, so nützt es oft erst 5 Tropfen Chloroform einzubringen und einige Zeit danach die eigentliche Futterportion. Hilft dies nichts, so ist die Ernährung durch Klystiere zu versuchen. Es empfiehlt sich Milch mit Ei, abwechselnd mit Bouillon mit Ei, sowie Leguminoseabkochung mit Fleischextract; ferner Wein, Chinawein, Chinin, Eisen, z. B. milchsaures Eisen mit phosphorsaurem Kalk und kohlensaurer Magnesia. Sind die Kranken misstrauisch gegen Medicamente und erregt namentlich der metallische Geschmack des Eisens den Verdacht vergiftet zu werden, so gelingt es meistens es als Ferr. oxid. sacchar. mit Chokolademasse in Pastillenform beizubringen. Da die Narkotica das Grundleiden doch nicht heben, hingegen schädliche Nebenwirkungen äussern, so ist ihre Anwendung nur in einzelnen Fällen symptomatisch gerechtfertigt, nämlich bei Melancholie mit beständiger hochgradiger Lactation und rascher Abmagerung. Hier ist ab und an eine Dosis Chloral von 2,0 bis 3,0 zu reichen oder eine subcutane Injection von 0,025 Morphium zu machen. Sonst genügt bei Schlaflosigkeit und Unruhe in einfacher Melancholie meist ein abendliches Bad von 26 Grad und 10—15 Minuten Dauer, nöthigenfalls noch eine abendliche Dosis von etwa 300 Grm. guten Wein. Die bei Maniacalischen auftretenden nächtlichen Unruhen, meist verbunden mit vermehrter Action des Herzens und intercurrenten Kopfcongestionen erfordert Abends ein laues Bad und zugleich kalte Umschläge auf den Kopf. Ist die Herzaction stark vermehrt und die Unruhe sehr gross, so wirken 15 Tropfen Tinct. digit. beruhigend. Vorhandene Lageveränderungen des Uterus sind sehr vorsichtig zu behandeln, indem manuelle und instrumentelle Eingriffe in der Regel die Geistesstörung verschlimmern, weshalb auch Stützapparate zu vermeiden sind. **Küneke** (Celle).

3. **H. Hildebrandt.** Die Krankheiten der äusseren weiblichen Genitalien.

(8. Abschnitt des Handbuchs der Frauenkrankheiten redigirt v. Billroth.)
Stuttgart, **Ferd. Enke** 1877. gr. 8. 136 Seiten.

Es ist natürlich, dass ein Referat über ein so umfangreiches Werk, wie das vorliegende Billroth'sche, kaum in anderem bestehen kann, als in einer Empfehlung. Ist es endlich dahin gelangt, dass die bedeutendsten deutschen Frauenärzte über den Stand der vielen Fragen Arbeiten liefern, so wird gewiss Niemand versäumen, das zu lesen, was er längst mit Spannung erwartete. Dennoch geben wir eine kurze Uebersicht des neu erschienenen Heftes, und beabsichtigen nicht etwa erschöpfend zu referiren, sondern die Nothwendigkeit der Lectüre des Originals zu beweisen. Das erste Capitel giebt eine äusserst klare Darstellung der so oft beschriebenen Entwicklungsfehler, dann werden, wie uns schien, für ein derartiges Werk zu kurz, die Krankheiten der Vulva und die Geschwülste derselben abgehandelt. Für die epitheliale Verklebung der Schamlippen wird der sehr bezeichnende Name Atresia superficialis eingeführt. Mit Recht wird bei Abtragung der hypertrophischen Labien und der Clitoris das Messer gegenüber der galvanokaustischen Schlinge empfohlen. Sehr interessant sind die Auseinandersetzungen über die Aetiologie der spitzen Condylome, die nach dem Verf. nicht die Folge jedes beliebigen mechanischen, sondern eines specifischen Reizes sind. Verf. ist im Ganzen gegen das Abtragen mit der Scheere, doch sind wohl Recidive nicht so zu fürchten. Die Capitel über die Neubildung können selbstverständlich nicht viel Neues bringen. Verf. unterscheidet bei der Erkrankung der Bartholin'schen Drüsen sehr gut verschiedene meist zusammengeworfene Affectionen: Die Retentionen und Entzündungen im Ausführungsgange und die Affectionen der Drüse selbst. Von besonderer Wichtigkeit sind die folgenden Capitel, welche anscheinend mit Vorliebe behandelt sind, die operativen Eingriffe am Damm. Verf. erklärt die manchmal existirende Möglichkeit den Stuhl bei zerrissenem Sphincter zu halten durch die Contraction des Sphincter nach der Narbe zu. Sollte hier nicht auch die Wichtigkeit des Sphincter internus zu betonen sein? Ganz entgegen den gewöhnlichen Ansichten lässt der Verf. den Koth durch den Hegar-schen Trichter sofort nach der Operation entfernen und spricht sich energisch gegen die Opiate und gegen das Katheterisiren aus. Die verschiedenen Methoden der Plastik werden so klar und verständlich beschrieben, wie es bisher in keinem Werk geschah. Bei Darstellung der Freund'schen Methode möchte Ref. bemerken, dass bei Mastdarmrissen die doppelte Naht auf beiden Seiten der Columna rugarum doch meist unnöthig ist. Der Riss geht wohl stets auf einer Seite ungleich höher, so dass wenn die Anfrischung resp. die Naht nur seitlich schräg nach oben placirt wird, schon das Anfrischen in der Columna vermieden ist. Wenn der untere Zipfel, der Columna auch entfernt werden muss, um eine glatte Naht zu bekommen, so

schadet das wenig, namentlich deshalb, weil seine freie untere Grenze durch narbige Massen gebildet und sehr dünn ist. Dann ist die Operation unendlich viel leichter, als die doppelte Naht Freund's. Ebenso ausführlich werden die Reflexkrämpfe am Beckenboden besprochen. Mit Recht erklärt Verf. den Pruritus Vulvae für eine häufige Affection.

Fritsch (Halle a/S.).

---

4. **H. G. Birnbaum.** Die Geburt des Menschen und ihre Behandlung.

Berlin, **A. Hirschwald** 1877. 2. Auflage.

Vor 15 Jahren erschien die erste Auflage dieses Buches, die aber nur einen Leitfaden für die normalen Verhältnisse bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett enthielt, während die neue Auflage einen Anhang bringt, der sich mit den Regelwidrigkeiten befasst. Dass der erste Theil nahezu wörtlich wieder abgedruckt ist, ohne Neuerungen, muss befremden, da in 15 Jahren doch manches Wissenswerthe Gemeingut der praktischen Aerzte geworden ist, also auch zum Theil den Hebammen zu Gute kommen sollte. Man vergleiche den Inhalt des Lehrbuchs der Hebammenkunst von B. S. Schultze, welches soeben in 5. Auflage erschienen ist und das Urtheil wird wesentlich zu Gunsten des letzteren Buches ausfallen, welches mit der Zeit fortgeschritten ist.

Die Lehrmethode ist eine eigenartige. Wie die Hebammen in jedem Lande, entsprechend ihrer Vorbildung und ihrer Lebensart verschieden behandelt werden müssen, so lässt sich denken, dass die Rheinländerinnen anders zu tractiren sind, wie z. B. unsere sächsischen Schülerinnen. Ob aber die ersteren, wie man aus dem Lehrbuche ersehen kann, die letzteren so bedeutend an Intelligenz überragen, möchte doch etwas zweifelhaft sein. Ref., selbst Hebammenlehrer, wagt mit Bestimmtheit zu behaupten, dass keine seiner Schülerinnen ohne Anleitung das Lehrbuch benutzen könnte, selbst ein kürzer und einfacher gehaltenes als das vorliegende. Der Titel des Buches »besonders für Hebammen« lässt vermuthen, dass Verf. es auch für Studirende und Aerzte bestimmt, was mit dem gegenwärtigen Stand des Faches doch wohl nicht vereinbar ist. **Ahlfeld** (Leipzig).

---

5. **Reimann.** Ueber Geburten nach dem Tode der Mutter.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XI. Hft. 2. p. 215.)

Verf. sucht eine genaue historische Darstellung seines Thema zu geben und alle bekannten Fälle anzuführen. Doch vermissen wir manche wichtige Arbeit so z. B. die bekannte Dissertation von Strehler: über das Gebären nach dem Tode. Zürich 1847.

In seinem zu den Fällen gegebenen Commentar bespricht Verf. kritisch die Ansichten über den Grund des Eintrittes der Geburt. Man hat früher geglaubt, dass Wehenthätigkeit nach dem Tod der

Mutter noch anzunehmen sei, dann hat man die Schwere des Kindes für wichtig gehalten und zuletzt — dies ist wohl die jetzt allein vertretene Ansicht — wurden die Darmgase als die Ursache der Expression des Kindes angesehen.

Nach dem Verf. ist allerdings in sehr vielen Fällen die letzte Ursache unbestreitbar, doch sind mitwirkende begünstigende Momente nicht ganz von der Hand zu weisen. Beruht auch das Ende — die Ausschliessung des Kindes aus dem Geschlechtstheile — auf der Expansionskraft der Fäulnissgase, so sei doch der Anfang der Geburt auf andere Momente zu schieben. Namentlich die Fälle, wo zwischen dem Tod der Mutter und der Geburt sehr geringe Zeit verfloss, lassen eine Wirkung der Darmgase unmöglich erscheinen. In diesen Fällen nimmt Verf. eine Thätigkeit des Uterus nach dem Tode an.

Fritsch (Halle a/S.).

---

6. **Puech.** Ueber die Wiederholung der mehrfachen Geburt.

(Annal. de Gynékologie 1877. April.)

Das Material, welches Verf. seiner Arbeit zu Grunde gelegt hat, besteht aus den 130000 Geburten, welche in der Zeit von 1790 bis 1875 in Nimes vorkamen; darunter waren 1262 mehrfache Geburten; unter letzteren finden sich 48 Fälle von zweimaligem Vorkommen mehrfacher Geburten bei derselben Frau, 2 Mal von dreimaligem und 1 Mal von viermaligem, also unter 2666, 65000, und 130000 Geburten je einmal.

Von den Frauen waren nur 9 sicher Erstgebärende.

Das Alter schwankte für die erste mehrfache Geburt zwischen 20 und 36 Jahren für die zweite zwischen 24 und 43.

Die Wiederholungen folgten entweder unmittelbar aufeinander, oder waren durch einfache Geburten unterbrochen die Erblichkeit übte keinen bemerkbaren Einfluss aus.

Das Intervall betrug im Minimum 327 Tage, im Maximum 18 Jahre. Das Geschlecht der Kinder war vorzugsweise gemischt.

Bei gleich geschlechtlichen Früchten überwogen die weiblichen ganz bedeutend.

Verf. glaubt aus Analogien, die er aus der vergleichenden Anatomie anführt schliessen zu dürfen, dass die Wiederholung mehrfacher Geburten bei derselben Frau auf eine excessive Entwicklung der Ovarien zurückzuführen sei.

Schellenberg (Leipzig).

---

7. **Wasseige.** Intracranielle Cephalotripsie.

(Journ. de méd. et de chir. Bd. XLVIII. Hft. 5. p. 199.)

Zunächst hebt Verf. hervor, dass die »Cephalotribe« ein rohes, gefährliches, die Mutter häufig verletzendes, den Kindkopf schlecht fassendes, leicht gleitendes, kurz schlechtes Instrument sei. In Anerkennung dieser Fehler hat man der Cephalotribe Fenster gegeben und auf der Innenseite kleine das Abgleiten verhindernde Leisten. Aber alles

das verbessert nicht den Uebelstand, dass die Schädelbasis kaum zu fassen resp. zu zerkleinern ist. Hat man die Schädelbasis zerstört ist mit dem Keilbein gleichsam der Schlüssel des ganzen Schädels zerstört, so fällt er zusammen. Dies beabsichtigt das neue Instrument, mit welchem die »Cephalotripsie intracranienne« genannte Operation schon öfter, von gutem Erfolg begleitet, ausgeführt ist. Das Instrument besteht aus einem grossen Bohrer, welcher erst das Schädeldach an verschiedenen Stellen und hierauf, innerhalb des Schädels die Schädelbasis unter Leitung eines Fingers zerstört. Nunmehr wird die zweite Hälfte, welche wie ein Zangenblatt ohne Beckenkrümmung, wie ein alter Hebel geformt ist, um den Kopf herum geschoben. Ist dieser Theil am Bohrer lege artis befestigt, so deckt das oberste Ende des Blattes die Bohrerspitze. Nunmehr kann man ziehen. Das Instrument soll den Vortheil haben, dass es leichter als 2 Blätter eines Cephalothryptor anzulegen ist. [Ref. möchte übrigens bemerken, dass der Gedanke keineswegs neu ist, denn die alten »gedeckten, scharfen Haken« beruhen auf ganz denselben Principien.]

Fritsch (Halle a/S.).

---

8. **Laroyenne.** Die Unbeweglichkeit und Lähmung des Diaphragma, ein Zeichen der Peritonitis universalis.

(Lyon med. Bd. XXIV. No. 18. p. 5.)

Die Paralyse des Diaphragma in Folge von Pleuritis diaphragmatica ist seit längerer Zeit [Stokes] bekannt. Aber bei der Peritonitis schob man die respiratorische Beängstigung meist auf die Tympanitis und die peritonitische Schmerzhaftigkeit. Dies ist nicht richtig, es kommen bei Peritonitis sowohl eine einfache Unbeweglichkeit als eine Paralyse, ein »flottiren« vor, so dass im letzteren Falle das Diaphragma genau den Inspirationen und Exspirationen folgt. Das wichtigste Zeichen der Generalisation der Peritonitis ist der beschriebene Zustand der Peritonitis, der es erlaubt, ziemlich sicher die Diagnose zu stellen, ob es sich blos um Pelveoperitonitis oder um die prognostisch so ungünstige Peritonitis universalis handelt. Die objectiven Zeichen sind folgende: im einen Falle bleibt das Diaphragma unbeweglich zu beiden Zeiten der Respiration. Nur ist die Respiration beschleunigt, die Thoraxwandung und die Abdominalwandungen werden stärker und plötzlicher gehoben. Manchmal erweitern sich die seitlichen Partien des Hypochondrium, und das Epigastrium sinkt ein, der Typus der Respiration ist exclusiv costal. Im andern Fall ist das Diaphragma nicht unbeweglich sondern paralytisch, anstatt bei der Inspiration herabzusteigen, erhebt es sich und bei der Exspiration »invertirt« es sich. Temporär können einige schmerzhafte und unregelmässige Zwerchfellcontractionen wiederkehren. Um die Paralyse auszuschliessen genügt es die Hand auf das Epigastrium zu legen um eine geringe Erhebung bei der Inspiration zu fühlen. Fühlt man aber bei der Inspiration das etwas renitentere Epigastrium

unbeweglich, so hat man damit ein Zeichen constatirt, welches prognostisch höchst ungünstig ist. [Ref. glaubt, dass sich wegen der Tympanitis dies Zeichen nicht immer bewähren wird.]

Fritsch (Halle a/S.).

---

9. **Wahl.** Ueber Aetiologie und eine perniciöse Epidemie von Puerperalfieber.

(Bair. ärztl. Intelligenzbl. 1877. No. 14.)

Mit Bezug auf die Aetiologie giebt Verf. nur eine historische Zusammenstellung der in den letzten Jahrzehnten hierüber aufgetauchten Ansichten, daran schliessend einen Bericht über eine Puerperalfieberepidemie im Bereich einer Hebamme, wo von 16 von dieser und einer Nothhebamme entbundenen Frauen 7 in kurzer Zeit starben. Bei allen zeigt sich der Frost schon während der Geburt, der Tod trat nach 1—5 Tagen ein und auch sämmtliche Kinder sollen an erysipelatöser Nabelgefäss- und Bauchfellentzündung gestorben sein. Aus dem Umstand, dass dazwischen hinein von derselben Hebamme entbundene Frauen gesund blieben, will Verf. den Schluss ziehen, dass die Hebamme nicht Schuld an der Infection war, und behauptet demnach, dass das Puerperalfieber unter Umständen auch in ganzen Bezirken miasmatisch (!) auftrete.

Der Beweis dafür ist in der ziemlich ungenauen Geschichte dieser Epidemie nicht zu finden, es fehlt die Angabe über den Verlauf der Wochenbetten während der nun folgenden sechswöchentlichen Suspension der Person. Gegen Verf.'s Ansicht spricht aber, dass nach Wiederantritt des Dienstes die Hebamme die ersten 4 Wochen keine Todesfälle, dann einen zweifelhaft infectiösen hatte.

Fehling (Stuttgart).

---

10. **Cron.** Zur Puerperalfieberfrage.

(Bair. ärztl. Intelligenzbl. 1877. No. 13.)

Anknüpfend an Dr. Roth's Bemerkungen (s. Centralblatt f. Gynäkologie No. 6) betont Verf., dass nur eine prophylaktische Desinfection des Arztes, der Hebamme, der Instrumente, aber besonders auch der zu Entbindenden etwas helfen könne. In dieser Beziehung seien Ministerialerlasse zu wünschen. Ausführbar sei dieselbe nur, wenn die Sache den Hebammen schon im Unterricht in Fleisch und Blut übergegangen sei. Eine Sperre gegen inficirte Hebammen sei praktisch unausführbar.

Fehling (Stuttgart).

---

11. **E. H. Kisch.** Bemerkungen über die klimakterischen Metrorrhagien.

Breslau, **E. Trewendt** 1877.

Klimakterische Blutungen sind häufig das erste Zeichen des beginnenden Klimakteriums, zeichnen sich aus durch unregelmässig eintretende, vermehrte Menstrualblutung. Der objective Befund zeigt

gewöhnlich nur eine etwas schlaffe Portio, allenfalls mit Erosionen. Verf. empfiehlt gegen dieselben ein energisches Eingreifen. Ausspülungen mit verdünnter Lig. ferri sesquichl. Lösung oder Tamponade. Zur Entlastung der Stauung der Abdominalgefässe eine 5—6 wöchentliche Trinkcur mit Marienbader, Ferdinands- oder Kreuzbrunnen, allenfalls vorsichtig kühle Marienquellbäder und Eisenmoorbäder. Daneben natürlich Regelung der Diät. Zur Nachcur passen Traubencuren.

Fehling (Stuttgart).

Casuistik.

12. **Verneuil.** Einfluss der Schwangerschaft auf den Wundverlauf.

(Gaz. des hôpitaux 1877. No. 52.)

V. theilt 2 Fälle von Abscessbildung in der Schwangerschaft mit. Ein Mädchen macht im 4. Jahr eine Hüftgelenksentzündung durch, welche mit einer Difformität heilt. Mit 19 Jahren wird sie schwanger, lebhafte Schmerzen in der Hüfte stellen sich ein, welche schliesslich das Gehen behindern, 4 Monate nach der Geburt entleert sich ein Abscess, welcher vom grossen Trochanter bis zum Knie reicht und 2 Liter Eiter enthält. — Eine junge Frau hat als Mädchen von 11 Jahren an einer Kniegelenksentzündung gelitten, mit 17 Jahren schwanger, erkrankt sie mit Schmerzen am unteren Theil des Oberschenkels. Im 20. Jahr wieder schwanger unter denselben Erscheinungen. Dasselbe wiederholt sich im 23. Jahr, ein Jahr später tritt sie ins Spital mit einem voluminösen Abscess am Knie. — Auch Robert hat 1840 2 Fälle von Fussgelenksentzündung beobachtet, welche sich durch die Schwangerschaft verschlimmerten. Diese Beobachtungen unterstützen die schon früher von Verneuil vertretene Ansicht, dass die Schwangerschaft zur Eiterbildung prädisponirt, besonders wenn Scrophulose vorausgegangen ist. In der Discussion bemerkt Anger, dass die Schwangerschaft nicht allein auf die Eiterbildung, sondern auch auf die Entwickelung gewisser Tumoren von Einfluss sei, woran Verneuil die Beobachtung von einer Parotisgeschwulst reiht, die jedesmal zur Zeit der Regel an Umfang zunahm. — In Betreff der Frage, wann nach Geburt eine chirurgische Operation vorzunehmen sei, einigte sich die Gesellschaft dahin, dass ca. 2 Monate ein genügender Zeitabschnitt sei. Verneuil hat indessen in der letzten Zeit zwei Perinnorrhaphien, die eine 3, die andere 5 Monate nach der Geburt gemacht, nach welchen einmal eine zur Zeit der Schwangerschaft bestandene Nephritis recidivirte, ein ander Mal intensive ovarielle Congestionen sich einstellten. Er glaubt, dass man keinen bestimmten Termin angeben könne, an dem eine chirurgische Operation nach der Geburt sicher ohne Gefahr vorzunehmen sei.

Runge (Strassburg i/E.).

13. **L. Atthill.** Erysipel im Gebärhaus.

(Med. Press and Circul. 1877. April 25.)

Verf., Vorstand des Rotundahospitals, berichtet Folgendes: Das Hospital hatte sich bis zum 15. Februar eines günstigen Gesundheitszustandes zu erfreuen gehabt, an welchem Tag eine an Kopf- und Gesichtserysipel leidende Kreissende aufgenommen wurde. Sie wurde allein in ein kleines Zimmer gelegt, bald von einem gesunden Kind entbunden, und am nächsten Tag einem allgemeinen Spital überwiesen. Das Zimmer sammt Inhalt wurde desinficirt.

Am Tag nach ihrer Entbindung wurden in ein dem erstern gegenübergelegenes Zimmer 4 neue aufgenommen, die 2 folgenden Tage noch 6 Personen in einem 2. Zimmer entbunden, das durch eine Thür mit dem Erysipelzimmer verbunden war. 5 von diesen 6 Wöchnerinnen erkrankten an Frost, Schmerzen, Temperatur- und Pulssteigerung, jedoch genasen alle; sämmtlich waren sie erst nach Entfernung der Erysipelkranken aufgenommen worden. Von den ersten 4 Patientinnen erkrankten alle mehr oder weniger mit einem Todesfall. Die Erkrankungen breite-

ten sich jedoch nicht weiter aus. Von diesen 10 Frauen, die bei vorher ausgezeichnetem Gesundheitszustand des Spitals nach der Erysipelkranken aufgenommen wurden, blieb also nur eine von Erkrankung verschont, der Fall betraf einen Abort.

Underhill (Edinburg).

14. **H. Robinson.** Confluirende Pocken im 7. Schwangerschaftsmonat.

(British med. Journal 1877. Febr. 10. p. 163.)

Eine im 7. Monat Schwangere macht eine schwere Pockenerkrankung durch. Nach der Heilung geht die Schwangerschaft bis zum richtigen Ende fort. Das reife Neugeborne zeigt keine Spur der Erkrankung. Die nach 2 Monaten versuchte Impfung schlägt fehl. Verf. bezieht dies darauf, dass das Kind schon im Mutterleib die Pocken überstanden hätte.

Abgesehen davon, dass man doch Spuren der überstandenen Krankheit erwarten dürfte, ist hier auf die jedem Impfarzt bekannte Thatsache hinzuweisen, dass die sehr bald bei Säuglingen vorgenommene Impfung manchmal fehlschlägt.

Fehling (Stuttgart).

15. **G. Rigden.** Ueber den Einfluss von Pockenerkrankung der Mutter auf den Fötus.

(British med. Journal 1877. Febr. 24. p. 229.)

Angeregt durch vorstehenden Fall berichtet Verf. 5 Fälle aus seiner Praxis, wo Pocken im 7. und 8. Schwangerschaftsmonat vorkamen. Die am richtigen Ende gebornen Kinder waren gesund und wurden zwischen dem 3. und 6. Lebensmonat mit Erfolg geimpft.

Bei 2 andern Frauen stand das Exanthem zur Zeit der Entbindung in voller Blüthe, die Kinder wurden gestillt, erkrankten in den ersten Tagen an einer erysipelatösen (nicht pustulösen) Hautentzündung, erholten sich aber langsam und wurden nach dem 4. Monat mit Erfolg geimpft. **Fehling** (Stuttgart).

16. **Français.** Vergiftung einer Schwangeren mit flüssigem Ammoniak.

(Annales d'hygiène publique et de médecine légale 1877. Mai.)

Eine 25jährige Person im siebenten Monat schwanger, verschluckt in selbstmörderischer Absicht 90 Grm. einer Ammoniakflüssigkeit. Kurze Zeit darauf tritt Erbrechen ein, brennender Schmerz im Rachen und Magen, wozu sich profuse diarrhoische Stühle, Blutbrechen, klonische Krämpfe und Erscheinungen des tiefen Collapses gesellen. Kindsbewegungen werden bis zur Mitte der folgenden Nacht wahrgenommen, wonach sie aufhören. Zu derselben Zeit treten leise Wehen auf und 24 Stunden später wird ein todter Fötus, welcher schon die Anfänge der Maceration zeigt, ausgestossen. Die Person selbst stirbt 6 Tage später unter Fieber bis 40,6. Die Section bietet geburtshülflich nichts Besonderes, der Uterus zeigt nichts Pathologisches. Eine Untersuchung der Frucht scheint leider nicht vorgenommen zu sein. **Runge** (Strassburg i/E.).

17. **Stickl.** Ein Fall von Graviditas extrauterina.

(Bayr. ärztl. Intell.-Blatt 1877. No. 16.)

Eine 40jährige Frau hatte 8 ausgetragne und 4 frühreife Kinder geboren, keins derselben gestillt. Bei einer neuen Schwangerschaft stellt sich im 9. Monat eine Blutung aus den Genitalien ein, darauf Milchabfluss wie sonst gewöhnlich nach der Entbindung. Die Periode trat nun wieder 1 Jahr lang regelmässig ein, setzte dann aber wieder 5 Monate aus, worauf eine bedrohliche Blutung eintrat. Verf. fand den Fötus in den erweiterten Muttermund eintretend und entfernte ihn sammt der Placenta. Bei dieser Gelegenheit fand sich eine in der Nabelgegend festsitzende Unterleibsgeschwulst. Von der Ansicht ausgehend, dass es sich um eine extrauterine Frucht handle, machte Verf. eine Punction mit dem Troikart, die etwas Fruchtwasser ergab. In die Punctionsöffnung wurden Laminariastifte eingelegt

und durch den so erweiterten Canal Carboleinspritzungen gemacht. Endlich gelang es mit den Fingern einzudringen und nach Erweiterung mit dem Messer die Frucht in Stücken herauszubringen. Die Frau erholte sich langsam.

Fehling (Stuttgart).

18. **W. Netzel** und **Blix.** Fall von Extrauterinschwangerschaft.

(Hygiea 1877. No. 3.)

Eine 30jährige Frau bekam bei strenger Arbeit während der Menstruation Schmerzen rechts im Unterleibe, es entwickelte sich zur rechten Seite der Gebärmutter ein Tumor. Derselbe reichte bei anhaltender Blutung nach drei Monaten bis zum Nabel, war von der Gebärmutter getrennt, beweglich. Nach zwei Monaten wurde er kleiner, hart, nur wenig schmerzhaft. Von jetzt ab blieb die Grösse unverändert und war ebenso nach Verlauf eines Jahres, in welcher Zeit das Befinden nichts krankhaftes darbot, bis die Menstruation wiederkehrte. Unerwartet entstand eine acute Peritonitis, die in zwei Tagen lethal endete. Die Section zeigte das Ligamentum latum rechts verdickt, mit ihm eine hühnereigrosse Geschwulst in Verbindung stehend, an welche sich der verdickte im neugebildeten Bindegewebe eingebettete Proc. vermiformis heftete. Die äussere Hälfte der Tuba war zu einer wallnussgrossen Höhle umgebildet, mit dünner Flüssigkeit und zahlreichen kleinen Knochen gefüllt, letztere theils frei, theils in die Wand eingesteckt; die Wand der Höhle bestand aus festem Bindegewebe. Im linken Ovarium fand sich eine nussgrosse geborstene Cyste mit hämorrhagisch infiltrirten Wänden.

Unter schleichender Entzündung war somit hier das Ei eingekapselt worden, und die acute lethale Peritonitis rührte nicht, wie zu erwarten wäre, von der geborstenen extrauterinen Eihöhle her, sondern, wie Verf. meint, vom linken Ovarium.

Ingerslev (Kopenhagen).

19. Ruptur der Vagina. Tod an Shok und Blutverlust.

(Amer. Journ. of obstetr. 1877. April. p. 272.)

Bei einer IIpara war die Zange erfolglos angelegt. Verf. wurde gerufen und fand die Kreissende collabirend, Vaginalruptur von der Clitoris bis an die Cervix, enormer Blutverlust. Querlage, Wendung, todtes Kind. Nach 10 Minuten Tod der Mutter.

Man nahm an, dass ein Thrombus Vaginae bestanden habe, welcher bei Application der Zange geplatzt sei. Paller sah 4 Fälle von Vaginalruptur, die erste war spontan erfolgt bei einer Hämatocele, welche die Vaginalwand verdünnt hatte. Enorme Blutung, Ohnmacht, Tamponade, Heilung. Der zweite Fall trat nach der spontanen Geburt eines sehr grossen Kindes bei einer schwächlichen Frau ein, Naht der Ruptur, Heilung. Im dritten Fall führte Tamponade zum Ziel, die Ruptur war nach einer Zangenapplication entstanden. Im 4. Fall war ein Thrombus, der sich von der Insertion des wunden Lig. bis ins Perineum erstreckte, geplatzt. Heilung. Munde sah 3 Fälle. Im ersten bildete sich bei spontaner Geburt eine grosse Verletzung und ein Thrombus, Eis brachte die Blutung zum Stehen. Später Eröffnung des Thrombus, Heilung. Im zweiten Fall war bei Vorderscheitellage die Zange doppelt angelegt und ein lebendes Kind sehr schwer entwickelt. Plötzlicher Collaps, Tod 32 Stunden post partum. Bei der Autopsie wurde die Scheide hochgradig zerstört gefunden. [Ein Beweis für die grosse Gefährlichkeit der doppelten Zangenapplication bei Occipito-posterior-Lagen! Ref.] Der dritte Fall betraf eine Zangengeburt bei Primiparen.

Gillette (ibid. p. 286) berichtet einen Fall von Ruptur des Vestibulum in der Nähe der Clitoris, sie soll bei der Schulter- und nicht bei der Kopfentwickelung, des in Schädellage geborenen Kindes entstanden sein. **Fritsch** (Halle a/S.).

20. **W. Jakesch.** Ein Fall von Selbstentwickelung mit lebender Frucht bei gleichzeitig vorhandener Kolpohyperplasia cystica.

(Prager med. Wochenschr. 1877. No. 13.)

Verf. definirt als Selbstentwicklung oder Selbstwendung im Beckenausgang den Fall, wo nach geborner Schulter an dieser vorbei das Beckenende der Frucht herabrückt und der Kopf zuletzt nachfolgt. Die Prognose für die Mutter ist

schlecht, noch mehr natürlich für die Kinder, vorliegender Fall ist erst der elfte von lebend geborenem Kind. Die ausführliche Literatur der vorliegenden Beobachtungen über Selbstentwicklung lebender Früchte ist im Original nachzusehen. Verf.'s Fall betraf eine 27jährige II para, die Scheidenschleimhaut war mit Erhabenheiten besetzt, die bei Druck ein eigenthümliches Gefühl des Knisterns zeigten. Nach vorzeitigem Wasserabfluss stellte sich die Frucht anfangs in Schieflage, dann in Schulterlage zur Geburt. Die Selbstentwicklung ging so rasch, dass sie nur von der Hebamme beobachtet wurde, ganz in der oben beschriebenen Weise vor sich. Das Kind, 1430,0 schwer, 40,3 lang, lebte. Die Kolpohyperplasie schwand im Wochenbett. **Fehling** (Stuttgart).

21. **Le Roy.** Ein Fall von Selbstentwickelung bei Schulterlage.

(Arch. de Tocol. 1877. April.)

Eine 20jährige I para tritt wegen mehrfacher durch eine Placenta prävia bedingter Blutungen ins Hôtel Dieu ein. Die Untersuchung ergab Schwangerschaft im 7. Monat, es wurde nun bis zur völligen Erweiterung des Muttermunds tamponirt. Nach Sprengung der Blase stellt sich zuerst die linke Hand dann die Schulter ein. Das Acromion stemmt sich unter dem Schambogen an, es wurde zuerst die Brust, dann Hüfte und Steiss mit den unteren Extremitäten geboren, endlich folgte der Kopf mit dem rechten Arm.

Das Kind war kaum 7 Monate alt, lebend, starb aber kurz darauf. Der Damm blieb unverletzt. **Fehling** (Stuttgart).

22. **A. Macdonald.** 2 Fälle von puerperaler Pleuropneumonie.

(Edinb. med. Journal 1877. Mai. Bd. CCLXIII. p. 967.)

23. **Leopold.** Ueber die Complication von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit acuter Pleuritis.

(Arch f. Gynäkologie Bd. XI. Hft. 2. p. 284.)

Verf. theilt 2 Fälle von schwerer Pleuropneumonie im Wochenbett mit. Im ersten war Patientin 26 Jahr alt, 4 Tage post part. trat die Erkrankung ein. Später bildete sich eine Phlegmasia alba dolens aus. Ein Geräusch an der Mitralis war zu hören. Heilung. Der 2. Fall betraf eine 36jährige Frau. Die Krankheit beginnt am 4. Tage. Empyema. Perimetritis. Auscultatorische Zeichen einer Aortenverengerung. Heilung.

Verf. glaubt, dass Lungenaffectionen im Wochenbett oft embolischer Natur sind. Es beständen häufig Endocardiditen, die mit Pyämie nichts zu thun hätten. Im ersten Falle deute die Phlegmasie, im zweiten die auscultatorischen Zeichen auf diesen Zusammenhang hin. —

Nachdem die Complication der Pleuritis mit den puerperalen Vorgängen durch Fischl (über die Complication des Puerperium mit acuter Pleuritis) eine erschöpfende Darstellung gefunden hat, knüpft L. an diese Publication an, um auch seinerseits einige ähnliche Fälle mitzutheilen.

1. Frau von 28 Jahren, im 6. Monat der Schwangerschaft Pleuritis. Heilung, rechtzeitige Geburt.

2. Frau von 32 Jahren in der Mitte des 7. Monats Pleuritis. Heilung, rechtzeitige Geburt.

3. Rachitische Erstgeschwängerte 32 Jahr alt, litt an starker Bronchitis und bekam im 6. Monat der Schwangerschaft eine Pleuritis. Chronischer Verlauf. In Folge des Hustenreizes traten 3 Wochen zu früh die ersten Wehen auf. Bei Steisslage wird die Geburt schonend befördert. Lebendes Kind. Nach 4 Wochen völlige Heilung.

4. Anämische Frau von 30 Jahren. In Folge der Pleuritis tritt die Geburt zu zeitig ein. Einlegen einer Bougie wegen Wehenschwäche, Zange, lebendes Kind. Trotz gutem Allgemeinbefinden verschwindet das pleuritische Exsudat langsam.

In den epikritischen Bemerkungen betont Verf. die günstige Prognose der

Pleuritis. Betreffs der Symptome werden Fischl's Auseinandersetzungen wiedergegeben und ihre Richtigkeit bestätigt. Nur die von Fischl beschriebene Nichtabflachung der Intercostalfurchen konnte Verf. nicht beobachten. Die Verhältnisse des Pulses werden unter Erwähnung der Ansichten Gusserow's, Wernich's und Jürgensen's berührt. **Fritsch** (Halle a/S.).

24. **Rokitansky.** Entfernung eines Hodge'schen Hebelpessarium.
(Wiener med. Presse 1877. No. 20.)

Bei einer 61jährigen Frau fand R. ein durch 9 Jahre getragenes Pessarium stellenweise in das Gewebe eingebettet und davon überwachsen. R. trennte zur Entfernung desselben drei Mm. dicke Gewebspartien mit dem Sims'schen Messer. — Aehnliche Fälle sind nicht selten. **Bandl** (Wien).

25. **W. Goodell.** Fall von Sterilität.
(Amer. journ. of. obstr. 1877. Jan. p. 121.)

Eine kräftige, gesunde Frau von 30 Jahren klagt über Dysmenorrhoe, Leukorrhoe und Sterilität. Der Uterus liegt anteflectirt, die Cervix ist conisch, das Os stenosirt. Gewaltsame Dilatation in der Narkose mit Ellinger's Instrument. Danach 5 Monate lang Besserung aber keine Conception. Schliesslich wird das Semen des Mannes untersucht, es enthält in einem Präparat blos ein todtes und ein lebendes Spermatozoid. In anderen Präparaten wurden überhaupt gar keine Spermatozoiden angetroffen. Der Mann hat 15 Jahre vorher eine Gonorrhoe mit Anschwellung beider Testikel überstanden. **Fritsch** (Halle a/S.).

26. **Luneau.** Uebermässige Grösse des Kindes complicirt mit Hydramnios.
(Mouv. méd. 1877. No. 14. p. 210.)

Eine Frau von 34 Jahren, anämisch, syphilitisch gewesen, hat 5 Kinder geboren, beim ersten bestand Hydramnios, das Kind war todt, die andern Kinder wurden mit Zange oder Wendung entwickelt, und starben bei der Entbindung mit Ausnahme eines einzigen. Jetzt ist der Uterus enorm entwickelt, es fehlen alle Kindsbewegungen, Zwillinge lassen sich ausschliessen, das Kind ballotirt noch am Ende der Gravidität. Circa 1 Monat nach dem berechneten Termin beginnen die Wehen. Der Leibesumfang misst 118 Ctm., vom Proc. xiph. bis zur Symphyse 61 Ctm. die Respiration oder das Allgemeinbefinden sind nicht gestört. Da wohl wegen der übergrossen Ausdehnung des Uterus die Wehen schlecht sind, wird die Blase gesprengt. $3^1/_2$ Liter Wasser fliessen ab. Schwere Zangenoperation. Es werden noch 2 Liter Wasser aufgefangen, bedeutende Nachblutung. Das Kind wiegt 5750 Grm., die Kopfperipherie misst 40 Ctm., der fronto occipitale Kopfdurchmesser $19^1/_2$ Ctm. Im Wochenbett werden noch 3 Wochen lang beträchtliche Massen sero-sanguinolenter Flüssigkeit ausgestossen. Am 24. Tage entsteht ein heftiger Schmerz, nach welchem wiederum eine beträchtliche Menge Flüssigkeit abfliesst.

(Interessant ist bei dieser Beobachtung, die Coincidenz der übermässigen Entwickelung des Kindes mit Hydramnios bei einer hochgradig anämischen, syphilitischen Frau. Ref.) **Fritsch** (Halle a/S.).

Berichtigung. In dem Referat über 300 Ovariotomien von Spencer Wells (No. 4, p. 60) steht irrthümlicher Weise, dass W. sich entschlossen, das nächste 100 antiseptisch auszuführen und dass die ersten 27 sämmtlich günstig ausgefallen seien. Es ist dies dahin zu berichtigen, dass W. sich entschlossen hatte dies zu thun, es aber unterliess. Trotzdem verliefen die ersten 27 Fälle günstig.
Fehling (Stuttgart).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S., an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Erster Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 10 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 9. **Sonnabend, den 21. Juli.** **1877.**

Inhalt. **Küstner,** Ein Merkmal der Unreife der Kinder (Original-Mittheilung).
1. **Kleinwächter,** Grundriss der Geburtshülfe. — 2. **Müller,** Entbindungsanstalt in Bern. — 3. **Küstner,** Verletzungen des Fötus. — 4. **Boinet,** Krankheiten des Ovarium. — 5. **v. Nussbaum,** Shok und Laparotomien. — 6. **Franck,** Skopzen. — 7. **Braxton Hicks,** Unterschied der Geschlechter bei Krankheiten. — 8. **Maggia,** Uteringeräusch. — 9. **Jurasz,** Hirngeräusch. —
10. **Lawrence,** Retentio mensium. — 11. **Chénevière,** Colpohyperplasie. — 12. **Anger,** Behandlung der Hämorrhoiden. — 13. **Lanelongue,** Gastrotomie. — 14. **Beigel,** Hämatocele. — 15. **Johannovsky,** Hämatometra. — 16. **Schorr,** Carcinoma peritonei. — 17. **Courty,** Blasenscheidenfisteln. — 18. **Revillout,** Hysterische Paralysen. — 19. **Synety,** Ovulation ohne Menstruation. — 20. **Blot,** 21. **Lardier,** 22. **Bellouard,** 23. **Jacoby,** Missbildungen. — 24. **Faye,** Milchabsonderung Neugeborener. — 25. **Choisnard,** Eisenalbuminat. — 26. **Thomas,** Belladonnavergiftung. — 27. **Walcher,** Tinctura Eucalypti bei Croup. — 28. **Simon,** Scilla, Colchicum in der Kinderpraxis.

I. Ein bisher noch nicht praktisch verwerthetes Merkmal der Unreife eines Kindes.

Von

Dr. **Otto Küstner,**

Assistent an der gynäkologischen Klinik in Halle a/S. und Docent.

Bei Gelegenheit einer genaueren anatomischen Untersuchung der Talgdrüsen im Gesichte der Neugeborenen und der Embryonen aus den letzten Intrauterinmonaten bin ich zu einem Resultate gekommen, welches von unerkennbarer praktischer Bedeutung ist:

Allen Geburtshelfern sind die weissen Puncte bekannt, welche jedes Neugeborne auf seiner Nasenspitze mit zur Welt bringt. Die-

selben stellen Ectasieen der Talgdrüsenausführungsgänge dar und sind am besten als weisse Comedonen zu bezeichnen.

Bei manchen Kindern nun sieht man ähnliche weisse Puncte nicht nur auf der Nase, sondern auch über andern Stellen des Gesichts verbreitet, nach der Seite, den Wangen nach der Stirn zu und besonders stark auf Unterlippe und Kinn. Auch diese über das übrige Gesicht zerstreuten weissen Puncte sind Follikularectasieen durch Secretpfröpfe erzeugt, unterscheiden sich jedoch von den constanten auf der Nase durch ihren weiteren Verlauf sowohl als auch durch ihr anatomisches Verhalten, sie lassen sich besser den Miliumformen anreihen. Nun habe ich gefunden, dass je näher von einer gewissen Fötalperiode (etwa der 30. Woche an) an zum Termine der Austragezeit sich ein Kind befindet, um so weniger zahlreich diese Follikularectasieen sind, derart, dass sie beim ausgetragenen etwa nur die Nasenspitze bedecken und je früher ein Kind — etwa bis zur 30. Woche rückwärts — geboren wird, um so massenhaftere Miliumbildung es hauptsächlich in der Umgebung des Mundes trägt.

Meine Statistik verfügt z. Z. über 29 nicht ausgetragene und etwa 70 ausgetragene Kinder. Die nicht ausgetragenen Kinder trugen stets auch andere Kennzeichen der Unreife, als reichliche Lanugo, niedriges Gewicht, nicht ausreichende Grösse etc. an sich. — Eine detaillirte Ausführung dieses Gegenstandes wird im Archiv für Gynäkologie Bd. XII. Hft 1. folgen. —

---

1. **L. Kleinwächter.** Grundriss der Geburtshülfe für Studirende und praktische Aerzte.

Wien, **Urban & Schwarzenberg** gr. 8. 434 S. Preis 10 Mark.

Der Zweck des Verf.'s ist, in knapper Form alles was »Physiologie, Pathologie und Therapie des Generationsvorganges umfasst« zu berühren. Deshalb sollen Hypothesen und Literaturangaben wegbleiben, auch Abbildungen fehlen, um das Buch billiger zu machen. Verf. legt besonderen Werth darauf, dass er das Puerperalfieber mit zu den Erkrankungen im Verlaufe der Schwangerschaft und Geburt rechnet. Selbstverständlich ist Infection zu jeder Zeit möglich! Trotz des Versprechens betreffs der Hypothesen etc. kommen doch p. 62 und 63 fast 2 Seiten über Uterusinnervation, eine Frage, die selbst nach dem Verf. nicht gelöst ist. Auch über den Grund des Geburtsbeginnes wird sehr ausführlich mit vielen hypothetischen Auseinandersetzungen abgehandelt. Den Principien des Verf. widerspricht es auch Verfahren zu beschreiben die Verf. selbst »operative Spielereien« nennt, auch die recht unvollständigen historischen Notizen sind für den »passiven Zuschauer« überflüssig. Hätte er statt dessen lieber den Namen Bandl's an den Stellen genannt, die mit geringen Wortumsetzungen den Schriften Bandl's entnommen sind. Man lese p. 297 (Bandl: Ruptur der Gebärmutter p. 54 und 57), p. 298 — 299 (Bandl

p. 57, 60, 74, 75, 78). Es ist allerdings eine sehr einfache und praktische Methode, derartige Requisitionen vorzunehmen, aber selbst das Gedächtnis des »passiven Zuschauers«, für den das Buch berechnet ist, würde es nicht beschwert haben, wenn der Autor genannt wäre, oder eine, doch sonst übliche Bezeichnung der entnommenen Stellen stattgefunden hätte. Die Eintheilung des Buches ist die gewöhnliche durch den Gegenstand gebotene. Die einzelnen Abschnitte enthalten für das Bedürfniss des Praktikers Positiva genug, und die Therapie ist einfach und fasslich angegeben. Die Schilderung der Symptome und Therapie des Puerperalfiebers, die Behandlung der Mastitis ist sehr gut, und bei der weiten Verbreitung die der »Grundriss« jedenfalls finden wird, kann man einen guten Einfluss auf die Allgemeinheit der Aerzte erhoffen.

Mit Einzelnem wird sich aber wohl Niemand einverstanden erklären können, so schreckt der Verf. den passiven Zuschauer von den Versuchen der manuellen Umwandlung der Gesichtslage durch folgende Kraftausdrücke ab: »ebenso widersinnig, wenn nicht noch widersinniger,« »höchst naiv«. Den Credé'schen Handgriff kennt Verf. leider nicht, denn seine Beschreibung: »der sogenannte Credésche Handgriff, das Herausdrängen der Placenta durch starkes Kneten des Uterusgrundes«, ist doch alles mehr als der Credé'sche Handgriff. Bei Plac. praev. werden vom Verf. auch jetzt noch kalte Injectionen der Tamponade vorgezogen; wir glaubten diese Ansicht schon durch Braun, Chiari und Späth's Klinik ad acta gelegt. »Die Perforation des nachfolgenden Kopfes ist nicht möglich.« Wie dieser grundfalsche Satz sich eingeschlichen, wäre interessant zu erfahren, jedenfalls wird die Perforation von Vielen ausgeführt, und es ist unbegreiflich, warum sie dem Verf. unmöglich schien. Eine recht antiquirte Ansicht äussert Verf. in folgendem Satze, wo an erster Stelle beim Puerperalfieber die Peritonitis genannt wird, welche durch Fortschreiten längs der Tubarschleimhaut entsteht. »Sie tritt selbstständig auf (auch Peritonitis traumatica benannt), in welchem Falle sie die gutartigste Form darstellt, oder ist sie mit den übrigen Formen combinirt.« Provincialismen, wie »Haltet man fest an dem Grundsatz«, »Temperatur anstieg«, »zur Gänze« sollten doch nicht gedruckt werden.

Zum Schluss noch ein Wort über den Schlusssatz der Vorrede, mit dem Verf. das Ignoriren der Arbeiten von Schatz über die Wehen rechtfertigt. Zugegeben, dass Jeder über den Werth eigene Ansichten haben darf, wird doch Niemand die grosse Bedeutung leugnen können. Ist doch bei vielen Studien der exacten Wissenschaft oft das wie sie gemacht werden, wichtiger oder das schliessliche Resultat. Jedenfalls sollte ein Autor, der eine Untersuchung über die Zeit des Geburtsbeginnes publicirt, nicht in dieser souveränen Weise über exacte Forschungen aburtheilen. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

2. **P. Müller.** Die neue cantonale Entbindungs- und Frauenkrankenanstalt in Bern. Beschreibung und Pläne. 3 Tafeln.

Bern 1877. gr. 4. 18 S.

Nachdem Verf. kurz die Geschichte des Hebammenwesens im Canton Bern geschildert hat, geht er zur Beschreibung der eben fertig gestellten neuen Anstalt über, dieselbe ist in jeder Beziehung praktisch, gut und angemessen ausgestattet; eine Isolirbaracke, nur für Puerperalfieberkranke bestimmt, wird noch gebaut. Als dritter Abschnitt folgt die Eröffnungsrede, in welcher Verf. mit Wärme für Entbindungsanstalten eintritt, gegenüber dem Vorschlag Le Fort's die grossen Gebärhäuser aufzuheben. Verf. hat durchaus Recht, wenn er vor allem betont, dass nur in Gebärhäusern ein guter Unterricht möglich und dass schlecht gebildete Hebammen und Geburtshelfer sicher mehr Schaden anrichten, als ein Gebärhaus. Auch was Verf. über die Nothwendigkeit der Combination der Geburtshülfe und Gynäkologie sagt ist gewiss zu billigen. Eine Trennung beider Disciplinen kann nur ein — wenigstens vom Standpunct als Lehrer aus — theoretisirender Laie verlangen. Recht zu beherzigen sind die Worte mit denen Verf. für die Geburtshülfe gegenüber der Gynäkologie eintritt (p. 15). In der Berner Anstalt werden stets 6 Studirende wohnen, um Geburten genau beobachten zu können; eine Einrichtung, die eine möglichst ausgiebige Ausnutzung des Materials ermöglicht. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

3. **O. Küstner.** Die typischen Verletzungen der Extremitätenknochen des Kindes durch den Geburtshelfer.

(Habilitationsschrift. Halle a/S. 1877. 54 Seiten.)

K. suchte durch methodisches Experimentiren an 37 Leichen meist nur wenige Tage oder Wochen alter Kinder die Art und den Ort der Verletzungen der Extremitätenknochen des Kindes, wie sie bei den gebräuchlichen geburtshülflichen Handgriffen durch Missgeschick oder Ungeschick des Operirenden erzeugt werden, fest zu stellen. Eine Parallelisirung der gewonnenen Resultate mit den bezüglichen Angaben der Autoren, denen eine Reihe bisher nicht zur Veröffentlichung gelangter Erfahrungen aus der Halle'schen Klinik beigefügt wird, dient zur Prüfung der Zweckmässigkeit der typischen geburtshülflichen Encheiresen und zur Präcisirung der Symptomatologie der in Frage stehenden Knochenverletzungen. Diese sind nach K.'s Untersuchungen bei weitem zum grössten Theile Epiphysendivulsionen.

Was die einzelnen Knochen anbelangt, so lassen sich Fracturen des medialen Theiles der Clavicula nur durch eine Elevation der Schulter erzeugen, wie sie so hochgradig bei dem in der Geburt befindlichen Kinde nicht zu ermöglichen ist. Auch gelang es nicht durch Vorüberführen des Armes am Gesichte das Schlüsselbein zu

verletzen. Dagegen ist Compression in der Längsachse desselben, wie immer sie auch zu Stande kommt, sehr geeignet diesen Knochen zu zerbrechen und zwar stets an typischer Stelle, an der Grenze seines mittleren und äusseren Drittels, genau an der medialen Seite des Lig. coracoclaviculare. Die gleiche Krafteinwirkung vermag auch eine Trennung der medialen Epiphyse hervorzurufen, die sonst meist die Folge übermässiger Spannung des M. cleidomastoideus ist. — Directe Fracturen der Clavicula können an jedem Ort einer unmittelbaren Gewalteinwirkung, wie sie beim Herabdrücken der Schulter vor der Armlösung oder beim Ueberhaken der Finger über den Nacken behufs Entwicklung des Kopfes stattfindet, entstehen, und braucht die hierzu nothwendige Kraft nur eine verhältnissmässig geringe zu sein.

Für die Continuitätstrennungen des Humerus kommen lediglich die Manipulationen des Armlösens und vor allen die Armlösung über den Rücken in Betracht. Erfolgte letztere bei Fixation des Armes in Rotation nach aussen (der flectirte Unterarm liegt hinter dem Hinterhaupte), so war von 20 Versuchen nur einer erfolglos. 3 Mal fand sich Fractur der Diaphyse und 16 Mal Ablösung der oberen Epiphyse, die 9 Mal so ausgiebig war, dass die Diaphyse durch den an typischer Stelle stattfindenden (genau nach hinten liegenden) Periostriss hindurchgetreten und unter der Spina scapulae stehend gefunden wurde. Die obere Epiphyse wird bei dieser excessiven Rotation durch die Einwärtsroller und die Gelenkkapsel fixirt, die Festigkeit der letzteren ist so gross, dass eher die Abreissung der Epiphyse an Humerus oder Scapula erfolgt, als dass sie selbst nachgäbe und eine Luxation zu Stande kommen liesse. — Bei der Armlösung über den Rücken in Einwärtsrollung erfolgte in 17 Versuchen 6 Mal Epiphysendivulsion, die 5 Mal mit einem breiten Periostriss (dessen typische Stelle ist genau an der Axillarseite am Tuberculum minus gelegen) und Durchtritt der Diaphyse durch denselben (Stellung des Endes der Diaphyse wie bei Luxatio axillaris) vorkam. Zwei andere dieser Versuche ergaben Fractur des Humerus, einer Fractur des Schulterblattes, 7 blieben resultatlos. Dies im Vergleich zu der Armlösung in Auswärtsrollung viel günstigere Resultat erklärt sich aus der hier bei weitem geringer ausfallenden Kapseldehnung sowie der günstigeren Haltung der Schulter. — Bei der Armlösung über das Gesicht bricht der Humerus lediglich durch directe Einwirkung der Kraft der übergehakten Finger auf den an seinen beiden Enden unterstützten Knochen. 11,5 — 13,5 Kilogrm. sind bereits ausreichend um Fracturen der Humerusdiaphyse entstehen zu lassen. Bevor es jedoch zu diesen kam, trat regelmässig, jenachdem der Angriffspunct der Kraft dem oberen oder unteren Ende der Diaphyse näher lag, eine Lockerung der einen oder anderen Epiphyse ein. — Luxationen des Humerus sind unter normalen Verhältnissen beim Neugeborenen etwas enorm Seltenes und werden durch die Epiphysendivulsionen ersetzt. — Am ganzen Schultergelenke giebt die obere

Epiphysenlinie die Achillesferse ab: ihre Trennung erfolgte so leicht, dass es Pflicht ist ihr Verhalten nach jeder schweren Armlösung sorgfältig zu prüfen.

Verletzungen der Scapula fanden sich nur bei den Versuchen mit Armlösung über den Rücken und zwar stets an der Epiphysenlinie, deren perpendiculärer Theil vorzugsweise betroffen war.

Directer Druck auf das obere Ende des spitzwinklig flectirten Femur, wie ihn der Haken oder der Finger bei Steisslagen, sei es nun auf die Epiphyse oder auf das Ende der Diaphyse, wirken lässt, ist nie im Stande eine Continuitätstrennung des Schenkelhalses (wegen allzugrosser Kürze desselben) hervorzubringen, auch giebt die tiefe Einfalzung der Diaphyse in die obere Epiphyse ziemliche Sicherheit vor einer Abreissung der letzteren. Die Möglichkeit einer Luxation im Hüftgelenk ist nicht auszuschliessen, wenn ihre experimentelle Erzeugung bisher auch nicht gelang. Vor Allen ist bei diesen Encheiresen eine Fractur der Diaphyse zu fürchten, denn eine Belastung der Mitte der letzteren mit 15 — 18 Kilogr. gab schon die hierzu ausreichende Kraft ab. — Gerade umgekehrt wie die obere verhielt sich die untere Femoralepiphyse, sie löste sich unverhältnissmässig leicht. In allen 6 Versuchen, bei denen man die Last auf die Mitte des Femur wirken liess, fand sich Lockerung derselben, zweimal sogar schon vor dem Eintritt der Diaphysenfractur. Weit bedeutender dagegen muss die in der Längsachse des Gliedes wirkende Kraft sein, wenn sie die gleiche Verletzung zu Wege bringen soll. Uebrigens erweist sich die obere Epiphysenlinie des Femur nicht immer so resistent, wie in dem zuvor genannten Falle, wird das rechtwinklig flectirte Femur stark abducirt, so giebt sie sehr leicht nach; das Periost reisst weit ein und das Ende der Diaphyse nimmt eine der Luxatio praecotyloidea entsprechende Stellung an.

Unter den den Unterschenkel zum Angriffspunct nehmenden Manipulationen ist Zug in der Längsrichtung die allein legale. Ergaben die Versuche, dass bei ihm schon leicht Trennung in den Epiphysenlinien, namentlich der unteren mit Periostzerreissung, eintritt, und man allen Grund zur Annahme hat, dass Lockerung derselben gar kein seltenes Ereigniss ist, so müssen alle anderen Krafteinwirkungen (Rotation, Abduction etc.) sehr bedenklich erscheinen.

Eine Tafel, welche die Configuration der Epiphysen auf Durchschnitten zur Anschauung bringt, erleichtert das Verständniss der Versuchsergebnisse. **Risel** (Halle a/S.).

---

4. **A. Boinet.** Handbuch der Krankheiten des Ovariums.

Paris, **G. Masson,** 1877. 2. Aufl.

Abgesehen von der Anatomie der Eierstöcke, den Lageveränderungen, Entzündungen derselben interessirt uns einiges aus dem Capitel über Cysten. Die Reizung des Ovariums zur Cystenbildung beruht auf seiner Structur und seiner physiologischen Thätigkeit,

die Cysten entstehen aus einfacher oder complicirter Hypertrophie der Graaf'schen Follikel, einzelne durch Entartung des Rosenmüller-schen Organs. Verf. theilt sie in einfache, uniloculäre Cysten, Tubo-ovarcysten, multiloculäre Cystosarcome und -carcinome, Dermoidcysten. Die Existenz von Fibrocysten leugnet er, sie sind nicht mit den Fibro-cystoiden des Uterus in Vergleich zu stellen, sondern gehören zu den Sarcomen. Die Differentialdiagnose mit andern Affectionen, die Diagnose der Natur des Tumors, seines Inhalts u. s. w. wird genau ausgeführt. Was die Behandlungsmethoden betrifft, so ergiebt die palliative Punction nach R. Lee 73% Todesfälle, sie kann indicirt sein bei drohender Erstickungsgefahr, bei Schwangerschaft. Häufig erfolgt in diesen letzteren Fällen Spontangeburt, oder gelingt ein Zurückdrängen der Cyste, die Zange sollte nicht vor Punction der-selben angelegt werden. Punction mit nachfolgender Jodinjection soll bei uniloculären Cysten ausgeführt werden, die keine Adhäsionen haben, ist der Inhalt dabei zäh, dick, so empfiehlt er daneben Liegen-lassen einer Drainageröhre (sonde à demeure). Eine weitere Methode ist Incision der Cysten nach vorheriger Anwendung der Wiener Aetz-paste in Fällen mit zahlreichen Adhäsionen. Die Ovariotomie will Verf. blos bei multiloculären Cysten mit dickem Inhalt, eine Ansicht, mit der die deutschen Operateure nicht einverstanden sein werden. Verf. zählt allerdings 81 Erfolge auf 100 Jodinjectionen, doch fragt sich wie lange diese Erfolge beobachtet sind. **Fehling** (Stuttgart).

---

5. **v. Nussbaum.** Ueber den Shok grosser Verletzungen und Operationen, nebst Mittheilungen über Laparotomie.

(Bair. ärztl. Intelligenzbl. 1877. März 13.)

(Vortrag am 3. März in der Sitzung des ärztl. Bezirksvereins München.)

Redner betont, dass ein grosser Theil der früher angeblich an Shok Gestorbenen, aus anderen Ursachen zu Grunde gehe. An acu-ter Sepsis starben z. B., wie Marius Soron nachgewiesen, viele nach Ovariotomien, womit Wegner's ausgezeichnete Versuche über die rasche Resorption von Flüssigkeit vom Peritoneum aus gut stimmen. Andere plötzliche Todesfälle bei älteren Leuten, die mit Blutverlust verbundene Operationen anfänglich gut überstanden hatten, sind so zu erklären, dass die Herzkraft nicht ausreicht die geänderten Cir-culationsverhältnisse zu überwinden. Ein weiterer Theil der plötz-lichen Todesfälle ist nach Knochenverletzungen auf Fettembolie zu beziehen. Eine letzte Ursache plötzlicher Todesfälle liegt endlich bei Laparotomien in der Abkühlung des Bauchfells und der reflecto-rischen Einwirkung dieser Abkühlung aufs Herz. Die Bedeutung dieser Abkühlung wird klar durch den Nachweis Wegner's, dass die vom Peritoneum begleitete Fläche nur 420 □ Ctm. weniger beträgt als die ganze Hautoberfläche. Daran anknüpfend bespricht v. N.

die Verwerthung dieser Experimente für Ovariotomie und Laparotomie bei Ileus durch Vermeidung der Abkühlung der Baucheingeweide bei Operationen. **Fehling** (Stuttgart).

---

6. **Franck.** Ueber die Secte der Skopzen.

(Württemb. med. Correspondenzblatt 1877. Mai. No. 16 u. 23.)

Die Skopzen bilden nach dem interessanten Werk Pelikan's eine in Russland ziemlich verbreitete religiöse Secte, die besonders in Petersburg und Moskau ihren Sitz hat; auf 3 Frauen kommen ca. 5 Männer. Die staatliche Bedeutung einer auf Verstümmelung der zur Fortpflanzung dienenden Werkzeuge ausgehenden Secte erhellt schon daraus, dass 2407 Fälle solcher Verstümmelungen schon zu gerichtlichen Verhandlungen Anlass gaben. Beim männlichen Geschlecht werden entweder beide Hoden mit einem Stück Scrotalhaut abgetragen, dann giebt es eine nach aufwärts concave Narbe, oder die Hoden mit dem Glied, diese Wunde heilt mit einer horizontalen Narbe. Seltner wird das Glied allein, oder nur ein Hode entfernt, oder eine künstliche Hypospadie durch Umschnüren mit Faden geschaffen. Durch diese Verstümmelung soll das Becken breiter und im Allgemeinen der Habitus weiblicher werden.

Die Verstümmelungen bei Frauen bezwecken Erschwerung des geschlechtlichen Verkehrs und Vernichtung der Möglichkeit zu Säugen. Das letzte geschieht durch Abtragen der Warzen oder der ganzen Brüste, das erste durch Abschneiden der grossen und kleinen Labien und der Clitoris.

Die Beurtheilung der gesetzten Verstümmelungen wird demnach für gewöhnlich keiner Schwierigkeit unterliegen, schwieriger ist es vom psychologischen Standpunct den einzelnen Fall zu erwägen, da nach Pelikan Geisteskrankheiten unter den Skopzen durchaus nicht häufiger sind als sonst in Russland, und man nicht berechtigt ist von vornherein diese Sectirer als geistig gestört zu betrachten.

Fehling (Stuttgart).

---

7. **J. B. Hicks.** Ueber den Unterschied der Geschlechter mit Bezug auf Symptome und Behandlung der Krankheiten.

(Brit. med. Journ. 1877. 17. 24. 31. März, 7. 14. 21. April.)

Dem ausführlichen Vortrag über dieses Thema entnehmen wir nur einige Bemerkungen. Es wäre schwer, sagt Verf., zu entscheiden ob Mann oder Frau den Typus der menschlichen Rasse darstelle, nach Darwin entfernt sich der Mann was Grösse, Verstandeskräfte etc. betrifft mehr von den Stammeltern, die Frau z. B. in Bezug auf Behaarung des Körpers. Eine interessante Frage ist die, wie weit die verschiedenen Charaktere der Geschlechter von den Organen selbst bedingt sind, oder ob die Geschlechtsorgane sich z. B. bei der Frau so bilden, weil eben durch eine höhere unbekannte Ursache der Ent-

wicklungsplan für ein weibliches Wesen gegeben ist. Man könnte glauben, dass nicht durch Ovarien oder Hoden der Einfluss bedingt wird, der den Unterschied zwischen den Geschlechtern macht, sondern dass dieser Unterschied die Folge einer vor Entstehung dieser Organe schon wirkenden Ursache ist. Ein Beleg dafür giebt der vollständig weibliche Typus trotz gänzlichem Fehlen von Ovarien, Uterus, Vagina. Schon im Fötalleben macht sich mit Bezug auf Entstehung von Missbildungen ein bemerkenswerther Unterschied geltend. Das männliche Geschlecht zeigt mehr Missbildungen der vorderen Mittellinie, das weibliche mehr der hinteren; im ganzen überwiegen sie bei Knaben, obgleich man vom teleologischen Standpunct aus das entgegengesetzte hätte erwarten können. Verf. berührt ferner die grössere Gefahr für Knaben bei der Geburt als für Mädchen, es werden daher mehr Knaben todt geboren, wahrscheinlich damit auch zusammenhängend finden sich mehr männliche Idioten als weibliche (2,1 : 0,9). Nach Zahlen aus dem Dubliner Gebärhaus starben auch in den ersten Stunden nach der Geburt noch auffallend viel mehr Knaben. Nach Darwin ist das männliche Gehirn geneigter zu activen Leiden als das weibliche, weil von der frühesten Geschichtszeit an der Mann seine Gehirnfunctionen bälder in Thätigkeit treten lassen musste. Ebenso ist auch Hydrocephalus, Convulsionen in den ersten Lebensjahren gefährlicher bei Knaben, Chorea dagegen ist 2 — 4 Mal so häufig bei Mädchen. Am sog. Zahnen sterben nach der englischen Statistik mehr Knaben.

Gegen die Pubertät hin entwickeln sich die Unterschiede nicht so rasch, wie gewöhnlich angenommen, sondern bereiten sich allmälig vor, diese Veränderungen sollen die Folge einer gewissen Entwicklungskraft, nicht an das Vorhandensein der Geschlechtsorgane gebunden sein, denn Frauen ohne Ovarien besitzen geschlechtlichen Trieb. Uebergehend zur Menstruation kennzeichnet Verf. sie als die Folge einer allgemeinen Gefäss- und Nervenerregung, regulirt von den Ovarien aus, wo sie sich in einer localen Hyperämie ausspreche.

Aus diesen Anschauungen entwickelt er nun weiter den Zusammenhang der Anämie, Chlorose, Amenorrhöe. Die Chlorose sei kein für sich bestehendes Leiden, sondern ein neben der Anämie vorhandener abnormer Zustand.

Die Hysterie kommt bei beiden Geschlechtern vor, häufiger bei der keltischen als bei der teutonischen Rasse, männliche Hysterie soll sich eher in Familien finden, wo auch die weibliche Linie afficirt ist. Die Hysterie ist die Folge psychischer und somatischer Erregungen. Der Besitz eines mit dem sympathischen System so eng zusammenhängenden Organs wie der Uterus ist, macht das Weib empfänglicher für Hyperämien, Irritationen und so kommt es leichter bei ihr zu dem unter dem Namen Hysterie zusammengefassten Symptomencomplex.

Ebenso findet sich auch die Basedow'sche Krankheit, eine

Stockung des sympathischen Systems häufiger bei Frauen. Interessant ist ferner die Angabe, dass bei 6000 geisteskranken Frauen bei 81% Menstrualstörungen vorhanden waren.

Was die Störungen der Organe der Digestion, Athmung und Circulation betrifft, so ergaben sich hier keine allgemeinen Gesichtspuncte. Einen Unterschied giebt die klimacterische Periode, während beim Mann die Mannbarkeit bis zum 80. Jahr reicht, im Ganzen allmälig abnimmt, geht der Vorgang bei der Frau, in letzter Linie beruhend auf der Involution der Ovarien viel rascher und bringt dadurch eher Störungen für dieselbe mit sich.

Aus seinen 9 Schlusssätzen heben wir noch den hervor, dass man einen Reiz — oder Depressionszustand bei der Frau nicht lang andauern lassen darf, ohne dass daraus weitergehende Wirkungen sich entwickeln als beim männlichen Typus; eben daraus folge auch dass die Behandlung weder zu eingreifend, noch zu langandauernd sein dürfe, weil sie sonst wieder die Gefahr einer neuen Erregung in sich berge. **Fehling** (Stuttgart).

---

8. **M. Maggia.** Untersuchungen über den Sitz des Uteringeräusches.

(Gaz. med. ital. Prov. Vened. 1877. No. 15 u. 16.)

Verf. Untersuchungen beziehen sich auf Wöchnerinnen, weil der puerperale Uterus der directen Untersuchung zugänglicher ist. Von 52 Wöchnerinnen wurde es nur bei 35 vorgefunden. Gewöhnlich war es in der Nähe des Fundus zu vernehmen. Es dauerte nie länger als bis zum 4. Tage des Wochenbetts. Erschlaffung des Uterus (bei Metrorrhagie) verstärke es, durch Compression der art. iliaca communis (beiderseits?) durch die Bauchdecken oder der beiden art. hypogostr. durch das Scheidengewölbe wird es zum Schwinden gebracht.

Durch theoretische Betrachtungen gelangt Verf. zum Schlusse, dass der Sitz des Uteringeräusches in den Uterussinusen zu suchen sei. **Liebman** (Triest).

---

9. **A. Jurasz.** Das systolische Hirngeräusch der Kinder.

Heidelberg 1877.

In dem historischen Ueberblick, welchen Verf. vorausschickt, machen sich die widersprechendsten Ansichten geltend. Während das Geräusch von einer Seite für ein pathologisches Symptom gehalten wird, sehen Andere darin nur eine physiologische Erscheinung. Dieser erklärt es für ein arterielles, Jener für ein venöses Geräusch, hier spricht man von seinem differentiell-diagnostischen Werth, dort leugnet man jede Bedeutung für die Erkenntniss von Krankheiten. Die eigenen Untersuchungen des Verf. zur Prüfung dieser Ansichten zerfallen in einen klinischen und anatomischen Theil. Die klinischen Beobach-

tungen werden uns in einer Tabelle, die 68 Kinder umfasst, mitgetheilt.

Daraus ergiebt sich, dass das systolische Hirnblasen stets intermittirend und isochron mit dem Puls und den Hirnpulsationen ist. Man hört es nur vom 3. Lebensmonat bis zum 6 Jahr. Das Phänomen ist rein physiologischer Natur.

Der Natur nach ist das Carotidenblasen dem Hirnblasen analog.

Eine definitive Entscheidung über die Entstehung und die physikalische Erklärung des systolischen Hirngeräusches ist auf klinischem Wege allein nicht gut zu erlangen. Doch widerlegt Verf. die Ansichten derer, welche das Geräusch im sinus longitudinalis superior oder in den Basalarterien entstehen lassen. Es lag nahe den Ort der Entstehung des Geräusches in dem Canalis caroticus zu vermuthen.

Vom Verf. angestellte vergleichende Untersuchungen des Canal. caroticus beim Fötus und Neugeborenen einerseits und beim Erwachsenen andererseits zeigen, dass dieser Canal im Verlauf der Entwickelung Veränderungen hinsichtlich der Länge, Richtung und Weite unterliegt. Es tritt eine rasche Erweiterung im Verlaufe der Entwickelung des menschlichen Organismus ein. Messungen an Schädeln von Individuen in verschiedenen Lebensaltern ergaben die wichtige anatomische Thatsache, dass die Erweiterung des carotischen Canales bis zu $^1/_2$ Jahr nach der Geburt fast unverändert bleibt, dann aber eine so schnelle Erweiterung eintritt, dass er schon im 3. oder 6. Lebensjahre diejenigen Grenzen erreicht, die wir beim Erwachsenen antreffen. — Der Umfang des Kopfes nimmt von der Geburt ab in gleicher Weise zu, wie sich der Canalis caroticus erweitert. Aehnliche Verhältnisse wie letzterer, bieten auch die Foramina spinosa. Daraus ergiebt sich, dass das Hirngeräusch dadurch erzeugt wird, »dass die stärker werdende Carotis interna (und wahrscheinlich auch die Meningea media) in ein zeitweiliges räumliches Missverhältniss mit dem unnachgiebigen, knöchernen Canal kommt und so lange zum Theil stenosirt wird, bis unter dem Drucke der Pulswelle der Canal entsprechend erweitert wird. Das systolische Hirngeräusch ist demnach nur eine physiologische Erscheinung, die mit pathologischen Verhältnissen in keinem unmittelbaren Zusammenhange steht. Hiernach kann das systolische Hirngeräusch niemals als ein diagnostisches Mittel verwerthet werden.

Pott (Halle a/S.).

Casuistik.

10. **Lawrence.** Ein Fall von retentio mensium.

(The obstetr. Journ. of Great Britain. 1877. Mai.)

Eine 32jährige Frau hatte 2 Mal geboren und nach der Geburt des 2. Kindes 2 Monate schwer krank gelegen. Seitdem war die Periode nicht wiedergekehrt.

Vierzehn Monate später machte sich allmälig unter stärkeren Leibschmerzen ein Unterleibstumor bemerkbar von der Grösse eines 4 Monate schwangeren Ute-

rus, der in kurzer Zeit noch mehr wuchs. Scheide und Cervix uteri durch Narbenstränge verengt und verlöthet. Sämmtliche Theile im Becken in Folge früherer Entzundung sehr schmerzhaft.

Da der Tumor nur als ein durch Menstrualblut vergrösserter Uterus angenommen werden konnte, so wurde der Inhalt desselben mittelst einer tief eingestochenen Nadel aspirirt, und danach eine kleine Oeffnung gemacht, durch die sich 20—25 Unzen alten Blutes entleerten.

In den nächsten Tagen wurde der Uterus ausgespült und durch ein Drainagerohr offen gehalten. Baldige Heilung. **Leopold** (Leipzig).

11. **Chénevière.** Einige Fälle von Colpohyperplasia cystica.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XI. No. 2.)

C. referirt kurz über die bereits von Eppinger (Vierteljahrsschrift f. p. H. 1873) und Breisky (Correspondenzblatt f. Schweiz. A. 1875) veröffentlichten Fälle, weil dieselben weniger bekannt seien, und dann ausführlicher über 3 selbstbeobachtete. Auch hier waren die Patienten Schwangere; bei der einen war die Affection am 10. Wochenbettstage verschwunden, bei der andern erreichte sie ihre Acme vor, bei der dritten erst 13 Tage nach der Geburt. Sitz war der obere Theil der Vagina, zum Theil die Portio. Die Cysten des dritten Falles enthielten Luft, welche beim Anstechen mit Geräusch entschwand; der Genese der Cysten gegenüber nimmt C. einen unentschiedenen Standpunct ein, ingleichen der von Preuschenschen Ansicht über die Drüsen der Scheide. **Küstner** (Halle a/S.).

12. **Anger.** Die Behandlung der Hämorrhoiden durch forcirte Anusdilatation.

(Lyon med. Bd. XXIV. No. 18. p. 20.)

Verf. glaubt, dass die Contraction der musculären Schichten des Rectum die Hämorrhoiden hervorbringe. Deshalb ist es die richtigste Behandlung, die Muskeln abzuspannen, dies geschieht in der Narkose durch allmälige forcirte Dilatation. Sämmtliche Symptome des Hämorrhoidalzustands bessern sich dabei; die Operation, wie bei Fissura ani ausgeführt, ist rationell, wirksam und ungefährlich.

Fritsch (Halle a/S.).

13. **Lanelongue.** Ein Fall von Gastrotomie.

(Bull. de l'acad. de médec. 1877. No. 15. p. 387.)

Pat. ist 59 Jahr alt, bekommt plötzlich Schluckbeschwerden, die sich so steigern, dass Nahrungsaufnahme unmöglich ist. Circa in der Mitte des Oesophagus wird ein sehr resistentes Hinderniss constatirt. Wegen der enormen Abmagerung ist als ultima ratio die Gastrotomie indicirt. Der Magen wird solid an der Abdominalwand fixirt und dann eröffnet. (Operationsmethode von Verneuil, Sitzungsbericht der Acad. 31. Oct. 1876.) Die Ernährung durch die künstliche Fistel geht gut vor sich. Unter Brustsymptomen stirbt Pat. am 26. Tage nach der Operation. Bei der Section fand man ein in den Bronchus perforirtes Oesophaguscarcinom.

Fritsch (Halle a/S.).

14. **Beigel.** Fall von Haematocele alae vespertilionis sinistrae.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XI. No. 2. p. 377.)

Verf. fand zufällig in der Leiche einer 32 Jahr alten, an Lungenentzündung gestorbenen Person einen Bluterguss 8 Ctm. lang, 2,5 breit eingeschlossen von den Peritonealfalten, welche die Ala vespertilionis bilden. Somit liegt das Blut — die Haematocele — sicher ausserhalb des Peritoneum. Es ist das also eine Hämatocele incipiens. Leicht hätte bei Eintritt der nächsten Menstruation die Haemorrhagie zunehmen und eine grosse Geschwulst bilden können, welche man dann als Haematocele intraperitonealis diagnosticirt haben würde.

Fritsch (Halle a/S.).

15. **V. Johannovsky.** Fall von halbseitiger Hämatometra.

(Prager medic. Wochenschr. 1877. No. 18.)

Bei einem 19jährigen Mädchen trat die Menstruation die 2 ersten Male normal ein, beim 3. u. 4. Male zeigten sich spontan heftige, kolikartige Unterleibsschmerzen. Von der Scheide aus fühlte man, dieselbe nach links verdrängend einen gänseeigrossen Tumor von elastischer Consistenz. In dem linken Vaginalgewölbe fand sich eine kleine Portio vaginalis, deren rechtsseitiger Umfang in den Tumor überging. Der Muttermund stellte ein halbmondförmiges Grübchen dar, dessen Concavität gegen den Tumor sah, ein Zeichen, auf welches Verf. für die Diagnose grossen Werth legt. Prof. Breisky spaltete den Tumor mit dem Hegar'schen Sichelmesser, es lief spontan ca. $^1/_2$ Liter alten Blutes aus. Eine nach 8 Tagen vorgenommene Untersuchung zeigte, dass zwischen beiden Uterushälften ein ziemlich dickes Septum vorhanden war, später bei der Menstruation sah man Blut aus der natürlichen und der künstlichen Oeffnung treten.

Verf. reiht den Fall unter die Rubrik Uterus septus bilocularis ein.

Breisky bemerkt dazu, dass bezüglich der Prognose die Dauer der Retention, besonders ihr Einfluss auf Stauung in den Tuben in Betracht komme. Betreffs der Therapie verwirft er die Punction, da hier kein genügender Abfluss sei und es so zum septischen Zerfall kommen könne, die rapide Entleerung an und für sich, bei Vermeidung der Sepsis, sei nicht so zu fürchten. **Fehling** (Stuttgart).

16. **Schorr.** Carcinoma Peritonei.

(Allgem. Med. Centralzeitung 1877. No. 30 u. 31.)

Nach einigen einleitenden, vorzugsweise statistischen Bemerkungen über das Vorkommen der Carcinome überhaupt beim weiblichen Geschlecht und der des Peritoneums im Speciellen und der Möglichkeit letztere mit Erkrankungen anderer Abdominalorgane zu verwechseln, führt Verf. 3 Fälle von Carcinoma peritonei an, welche er auf der Frauenabtheilung des Krankenhauses zu Lemberg beobachtet hat und knüpft folgende epikritische Erörterungen daran. Die Aetiologie ist wie bei allen Carcinomleiden vollständig dunkel. Die Symptome sind im Grossen und Ganzen die einer chronischen Peritonitis zu der die charakteristische Krebscachexie tritt.

Zur Diagnose ist besonders das Vorhandensein von palpablen Krebsknoten und die Beschaffenheit der sich ansammelnden Ascitesflüssigkeit, die durch Punction zu entleeren ist, zu verwerthen, und wird in Bezug darauf das fetthaltige Transsudat (durch verfettete Carcinomzellen bedingt). — Hydrops adiposus — (Quinke) für geradezu pathognomonisch für Carcinoma peritonei angeführt. Die Therapie beschränkt sich selbstverständlich auf die Erleichterung der Leiden der Kranken.

Schellenberg (Leipzig).

17. **Courty.** Blasenscheidenfisteln.

(Gaz. des Hôpitaux 1877. Mai 26.)

C. macht in der Société de Chirurgie (Sitzung vom 23. Mai 1877) eine Mittheilung über die Operation der Blasenscheidenfistel in mehreren Sitzungen. Er operirt bei grossen Fisteln in Zwischenräumen von einem oder zwei Monaten und reducirt sie so allmälig auf eine so geringe Ausdehnung, dass der Totalverschluss schliesslich in einer Sitzung mit grosser Leichtigkeit und Sicherheit gelingt. Er glaubt dieser Methode den Vorzug vor der amerikanischen einräumen zu müssen, da sie weniger geübte Sorgfalt und grosser Vorkehrungen bedarf.

Runge (Strassburg i/E.).

18. **Revillout.** Hysterische Paralyse durch Nachahmung.

(Gaz. des hôpitaux 1877. Juni 2.)

Ein nervöses, schlecht genährtes Mädchen von 26 Jahren bekommt einen Anfall von Bewusstlosigkeit, aus dem sie mit Lähmung des linken Beines erwacht, zu welcher sich nach einiger Zeit Lähmung des linken Armes gesellt. Auf die Abtheilung von Bernutz gebracht, findet keine Aenderung ihres Zustandes statt.

In demselben Saal, genau ihrem Bette gegenüber, liegt eine andere Person mit einer Pelveoperitonitis, welche an häufigen hysterischen Anfällen leidet. Kurze Zeit nach dem Eintritt der ersten Person wird die Nachbarin ebenfalls von einer linksseitigen Lähmung mit vollständiger Aufhebung der Sensibilität auf derselben Seite befallen. Zwei Betten weiter liegt eine dritte Hysterische, auch sie erklärt eines Tages an beiden Beinen und an einem Arme gelähmt zu sein. Da bei dieser die Möglichkeit der Simulation nicht vollständig ausgeschlossen war, wird sie sofort aus dem Spital entfernt, von welchem Moment an keine neuen Lähmungen auf dem Saal vorkamen. **Runge** (Strassburg i/E.).

19. **De Synety.** Ovulation ohne Menstruation.

(Gaz. des Hôpitaux 1877. Juni 5.)

S. spricht in der Soc. de Biol. über einen Fall von Ovulation bei einem Weibe, welches niemals menstruirt hat. Die gewöhnlichen Zeichen der Pubertät stellten sich um das 12. Lebensjahr ein, nur der Blutabgang blieb aus. Auch nach der Verheirathung trat ein solcher nicht ein. Sie starb mit 38 Jahren an Tuberkulose. Bei der Section fanden sich sehr entwickelte Ovarien. Die Uterushöhle hatte eine Länge von nur $4^1/_2$ Centimeter, die Höhle des Corpus war besonders unvollständig ausgebildet, die des Cervix etwas mehr entwickelt. Die Drüsen der Schleimhaut waren hinter der normalen Entwickelung zurückgeblieben. Die Schleimhaut selbst bot eine grosse Aehnlichkeit mit der eines embryonalen Uterus. Ein Schnitt durch die Ovarien belehrte, dass die Ovulation sehr thätig gewesen war.

Runge (Strassburg i/E.).

20. **Blot.** Geburtsgeschichte eines Sternopagus.

(Bull. de l'acad. de méd. 1877. No. 11. p. 295.)

B. legt der Academie einen Sternopagus vor. Die beiden Fötus sind weiblichen Geschlechts und im 8. Monat der Gravidität geboren, es existirt blos ein Nabel, die Verhältnisse des Sternum sind die bei Sternopagen gewöhnlichen. Das Monstrum wurde von einer VIpara geboren, deren frühere Geburten normal waren. Der Partus praematurus konnte auf einen Fall bezogen werden. Es lagen zunächst 2 Füsse vor, bei einer späteren Exploration wurde ein drittes und viertes Bein entdeckt, die Vereinigung des Oberkörpers war leicht zu diagnosticiren. Bis zu den Schultern verlief die Geburt normal. Hierauf wurde auf die Schulter des einen tiefer stehenden Kindes ein stumpfer Haken gesetzt. Beim Zug folgte sofort Schulter- Arm- Kopf. Der zweite Kopf wurde ohne Schwierigkeiten extrahirt. — Das Monstrum ist abgebildet.

Die behandelnden Aerzte hatten angegeben, dass das eine Kind noch Spuren von Leben gezeigt habe, während das andere schon macerirt war. Diese Angabe wird von B. bezweifelt, da dergleichen noch nie beobachtet und ausserdem unmöglich ist. **Fritsch** (Halle a/S.).

21. **Lardier.** Doppelmonstra.

(Revue méd. de l'est. 1877. No. 6, 8, 9.)

L. wird in seiner Praxis eine monströse Bildung vorgelegt, welche ohne Schwierigkeit geboren war und aus einem lebenden, wohlgebildeten, starkentwickeltem Knaben besteht, dem eine parasitäre Bildung zwischen Nabel und Schwertfortsatz anhängt. Dieselbe besteht aus dem Unterkörper eines Kindes mit kümmerlich entwickelten Unterextremitäten und sehr wohlgebildeten männlichen Genitalien, deren Penis eine ausserordentlich reizbare Erectilität besitzt. Der Nabelstrang ist einfach, der Anus imperforirt. Das Verbindungsstück besteht in einem kurzen, dicken, fibrösen Strang. Fünf Wochen nach der Geburt trennt L. diesen mittelst eines Ecraseurs und erzielt eine glückliche Heilung. Der abgetragene Tumor wiegt 410,0, die Section von Morel ergiebt dickes Fettpolster, keine Muskulatur, keine Nervenstränge, rudimentäre Bildung der unteren Lenden-Wirbelsäule und des Beckens. Im Stiel eine Arterie von 1 Mm. Durchmesser, welche

sich längs der Wirbelsäule fortsetzt. Blase und Urethra fehlt. Gross zählt diese Monstrosität zu der Classe der »Monstres doubles parasitaires héterotypiens, hétéradelphiens (Geoffroy-Saint-Hilaire) und bespricht eingehend die Methoden der Trennung der Doppelbildungen überhaupt. Nach ihm ist der Fall von L. der einzig bekannte von Trennung einer parasitären Bildung oben geschilderten Art in der Regio epigastrica. **Runge** (Strassburg i/E.).

22. **V. Bellouard.** Ein Anencephalus.

(Progrés med. 1877. No. 18.)

Ein 8monatlicher weiblicher Fötus wurde von einer idiotischen Mutter geboren, es fand sich ausgebildete Anencephalie und Spaltung des Rückgradcanals bis zum Ende der Dorsalwirbelsäule. Das Rückenmark ist nur von der Lendengegend an vorhanden, entsprechend dem von hier ab erst beginnenden Wirbelcanal, nach oben zu liegt statt dessen einfach eine Membran auf der hintern Seite der Wirbel. An diese Membran heran erstrecken sich die vorderen Zweige der vom Rückenmark ausgehenden Nerven, vollkommen entwickelt, vom oberen Endpuncte derselben gehen die Hirnnerven aus. Ausserdem zeigt die Halswirbelsäule eine nach vorn schauende Concavität, und als besondere Eigenthümlichkeit findet sich ein mehr als gewöhnlich entwickelter schräg laufender Wirbelbogen, der den 10. Dorsalwirbel mit dem 11. verbindet. **Fehling** (Stuttgart).

23. **M. Jacoby.** Zur Casuistik der Nabelfisteln.

(Berliner klinische Wochenschrift. 1877. No. 15.)

1. Fistula vesico- umbilicalis congenita.

Ein kräftiger neugeborener Knabe zeigte eine sehr breit aufsitzende Nabelschnur, so dass J. weiter, als gewöhnlich, von der Insertion die Schnur trennte. Darmschlinge nicht vorhanden. Nach Abstossung des Restes guldengrosse Granulationsfläche. Heilung. Trichterförmige Narbe. Nach mehreren Wochen wurde Harnabgang aus der Tiefe der Narbe wahrgenommen. Erst Cauterisation mit ferrum candens führte zum Ziele nach vergeblichen Versuchen mittelst Compression den Urachus zum Verschluss zu bringen.

2. Fistula intestino- umbilicalis congenita.

Breitaufsitzender Nabelstrang. Granulationsfläche, von der Grösse eines Thalers. Abgang von Koth in kleinen Mengen, während die Hauptmassen auf dem natürlichen Wege abgingen. Heilung durch Occlusionsverband.

Ahlfeld (Leipzig).

24. **L. Faye.** Die Milchabsonderung der Neugeborenen.

(Nord. med. Archiv. Bd. 8. No. 24.)

Unter 120 Kindern blieb diese Absonderung nur bei 5 aus, sie kam gleich häufig bei Knaben und Mädchen vor. Als Regel trat sie zwischen 4. — 6. Tag ein, die Dauer verschieden, noch 4 — 5 Wochen nach der Geburt wurde sie beobachtet. Der Process ist physiologisch und nicht mit Nothwendigkeit von Entzündungsphänomenen begleitet, weshalb Verf. das oft geübte Auspressen der Milch gänzlich verwirft, da eben hierbei Mastitis hervorgerufen wird [dass diese nicht einem gelinden Drucke folgt ist doch wohl sicher]. Verf. stimmt der Annahme Bouchuts von einer gemeinsamen puerperalen Diathese zwischen Mutter und Kind bei und hebt in dieser Rücksicht die Aehnlichkeit hervor, welche sich oft zwischen den ersten Krankheiten der Kinder und denen der Mütter findet, ebenso betont er die Beschaffenheit der Milch, die dem Kolostrum nahe steht. —

Ingerslev (Kopenhagen).

25. **Choisnard.** Eisenalbuminat bei Chlorose, Anämie und Uterinleiden.

(Gaz. des hôpitaux 1877. Juni 2.)

C. hat auf der Abtheilung von Demarquay das Eisenalbuminat bei Anämie der Frauen herrührend von Gebärmutterblutungen mit grossem Erfolg angewandt. Durch Experimente am Thier, wie am Menschen kam er zu dem Resultat, dass

das Eisenalbuminat von allen anderen Eisenpräparaten am leichtesten resorbirt wurde. Ein Lapin wird mit Eisen, ein zweiter mit Eisenalbuminat gefüttert, in den Excrementen des ersten waren beträchtliche Partien Eisen zu finden, in denjenigen des zweiten nur Spuren. Nach Tödtung der Thiere bot der Magen des ersten Zeichen localer Irritation, der des zweiten keine Veränderung. Eine Frau von 34 Jahren wird mittelst des Ecraseurs von einem grossen und gefässreichen Cervixpolypen befreit. Zwei Tage nachher stellt sich eine profuse Blutung ein, welche die Patientin in das äusserste Stadium der Anämie bringt. Auch nach Bekämpfung der Blutung verfällt sie immer mehr, so dass der Tod befürchtet wird. Nach Anwendung der gewöhnlichen Roborative wird Eisen gegeben, was sie indessen nicht verträgt, darauf erhält sie Eisenalbuminat in Form von Liqueur. Schon nach 8 Tagen ist eine Veränderung sichtbar, die Hautdecken färben sich, der Appetit kehrt zurück, das Gewicht nimmt zu, nach 15 Tagen kann man eine beträchtliche Vermehrung der rothen Blutkörperchen deutlich constatiren. Heute erfreut sie sich desselben Kräftezustandes wie ehedem. Auf Grund dieser und ähnlicher Erfolge von anderen Aerzten glaubt C. das Eisenalbuminat warm empfehlen zu müssen. Er giebt es stets in der Form von Liqueur (liqueur de Laprude), da es so am besten vertragen wird. **Runge** (Strassburg i/E.).

26. **Thomas.** Belladonnavergiftung.

(Amer. journ. of obstetr. 1877. April. p. 298.)

Bei einem Fall von Nachgiebigkeit der vorderen Uterinwand und langsamer Erweiterung des Os, hatte ein Arzt das letztere mit Extract. Belladonna eingerieben. Verf. sah Patientin lebhaft geröthet — wie bei Scharlachfieber — mit weiten Pupillen, rapider Respiration und Puls von 130 Schlägen. Das Os uteri wurde herab und hervorgezogen, danach erfolgte rapide Dilatation und glückliche Entbindung mit Forceps. **Fritsch** (Halle a/S.).

27. **Walcher.** Tinctura Eucalypti bei Croup.

(Gaz. med. de Strassbourg 1877. Jan. 1.)

Verf. behandelt den Croup folgendermassen: Es wird mit 1 Emeticum von Ipecacuanha (früh und Abends 1 Dose) begonnen. Das Emeticum soll nicht etwa die Pseudomembranen entfernen, sondern das Fieber mildern, auf den Magen wirken und eine augenblickliche Erleichterung schaffen. 2 Stunden nach dem Brechmittel wird stündlich 1 Theelöffel von Syr. simpl. 30,0 Tinct. Eucalypti 10,0 verabreicht. Bei grösseren Kindern 15 — 20 Tinct. Eucalypti. Schläft das Kind so wird es nicht geweckt. Dabei wird das Kind kräftig ernährt, worauf Verf. besonderen Werth legt. 5 Fälle sind mitgetheilt, von denen einer tödtlich endete.
Fritsch (Halle a/S.).

28. **Simon.** Scilla, Colchicum in der Kinderpraxis.

(Journ. de méd. et de Chirurgie 1877. April. Bd. XLIII. p. 159.)

Verf. schlägt vor in der Kinderpraxis die Digitalis durch Scilla zu ersetzen. Letzteres Mittel wirke besser, könne länger gebraucht werden und habe bei Asthma, Keuchhusten, Hydrops etc. die besten Erfolge. Bei ganz kleinen Kindern gebraucht man Tinct. Scill. in derselben Dosirung wie Tinct. Digit. Später Extr. scill, scill. pulv. ana 1 — 5. Centigrm. zu 10 Pillen, von welcher nach jeder Mahlzeit 1 Pille gebraucht wird. — Die Tinct. Colchici ist ebenfalls bei Kindern gut anzuwenden, man giebt 5 — 25 (!) Tropfen. Es ist eigenthümlich, dass grosse Dosen dieses Mittels von Kindern besser vertragen werden als von Erwachsenen. Die einzige Inconvenienz ist eine oft eintretende reichliche Salivation. Verf. hält das Colchicum für das beste Diureticum. **Fritsch** (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S., an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Erster Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 10 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 10. **Sonnabend, den 4. August.** **1877.**

Inhalt. I. **Bandl,** Verhalten des Uterus und Cervix in der ersten Zeit der Schwangerschaft. (Original-Mittheilung.)

1. **Högyes,** Lebensfähigkeit des Fötus. — 2. **Schede,** 3. **Schücking,** 4. **Münster,** 5. **Chamberlain,** 6. **Schulz,** Antisepsis bei Puerperalfieber. — 7. **Michels,** Uterusfibrome. — 8. **Neftel,** Electrolyse. — 9. **Méhy,** Peritoneale Flüssigkeiten. — 10. **Petit,** Albuminurie der Schwangeren. — 11. **Gillette,** Operation der Cystocele.

12. **Netzel,** Haematoma vulvae. — 13. **Galabin,** Placenta praevia. — 14. **Binet,** Schwere Geburt. — 15. **Griffiths,** Therapie bei Nachblutung. — 16. **Basham,** Lockerung der Beckensymphysen. — 17. **Olioli,** Amenorrhoe, neue Operation. — 18. **Estachy,** Electrische Behandlung der Brüste. — 19. **Péan,** Pseudoovarientumor. — 20. **Terrier,** Doppelte Ovariotomie. — 21. **Mossé,** Myxoid des Ovarium. — 22. **Green,** Retrouterines Sarcom. — 23. **Curie,** Behandlung des Krebses. — 24. **Guichard,** Carcinoma uteri.

I. Ueber das Verhalten des Uterus und Cervix in der ersten Zeit der Schwangerschaft.

(Vorläufige Mittheilung.)

Von

Dr. **Ludwig Bandl,**

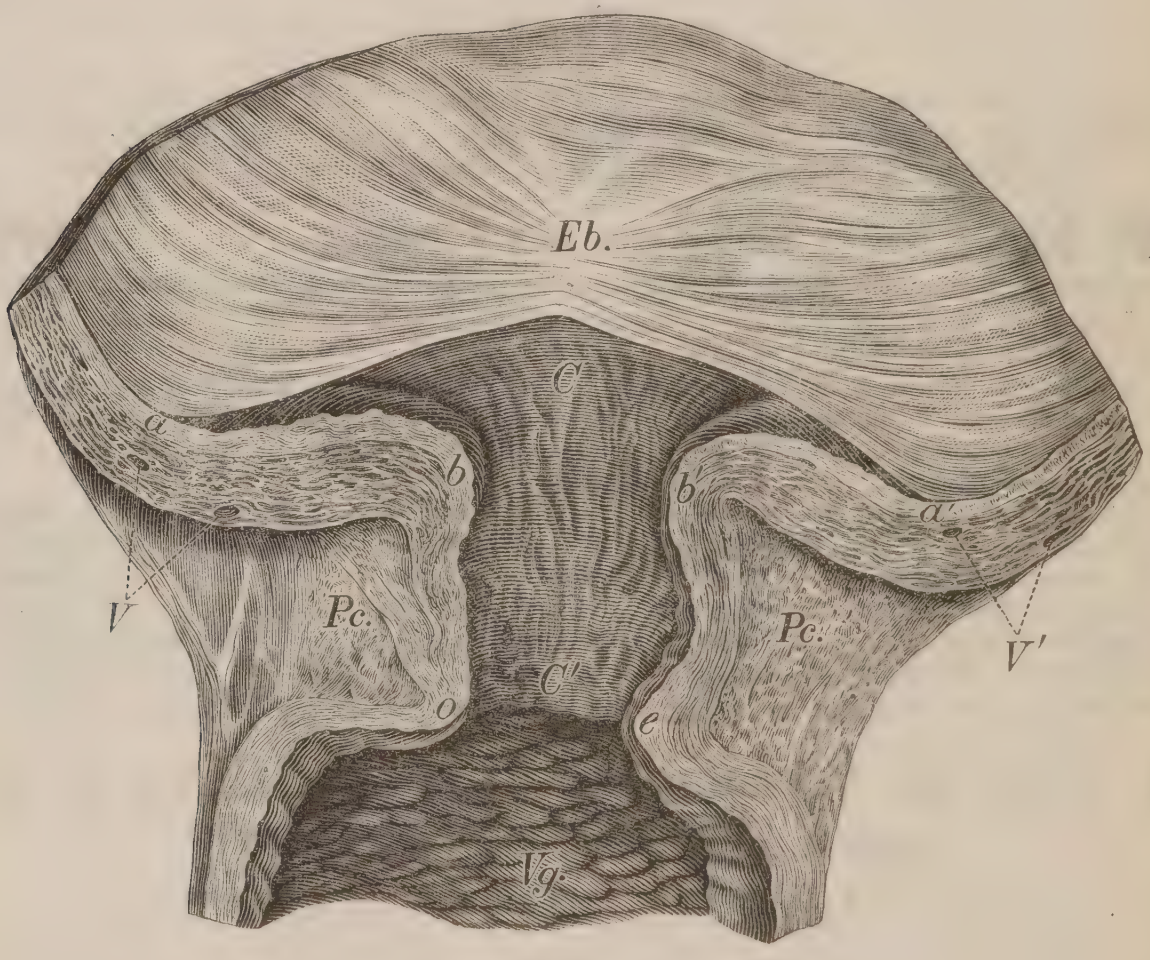
Docent an der Universität in Wien.

Die Untersuchung von Frauen, die zum ersten Male und solchen, die zu wiederholten Malen schwanger waren, bietet besonders in Bezug auf den cervicalen Theil des Uterus schon in der ersten Zeit der Schwangerschaft grosse Verschiedenheiten dar.

Bei Erstgeschwängerten finden sich in Bezug auf Länge und Masse des mit dem Finger fühlbaren Theiles der Cervix keine grossen Verschiedenheiten, entgegen dem sind die Touchirbefunde bei Frauen, die schon ein oder mehrmals geboren haben, sehr verschiedene.

Wenn man die Länge und Masse der Cervix einer Erstgeschwängerten vergleicht mit der 3.5 Ctm. langen Masse der Cervix des jungfräulichen Uterus, so gewinnt schon die Erwägung Raum, ob die ganze Masse der Cervix unter der Eihöhle sich befände; rechnet man hinzu, dass so wie der Uterus auch die Cervix an Masse zunimmt, so gewinnt diese Erwägung noch mehr Boden.

Ein Uterus einer Erstgeschwängerten, den ich durch die Güte des Dr. Chiari, Assistenten des Prof. Heschl hier, zur Ansicht und Zeichnung erhielt, zeigte ein ganz anderes Verhalten des Gebärmutterhalses, als man bisher angenommen hat und es wird sich durch Untersuchung ähnlicher Uteri bald herausstellen, ob dieser Uterus einer Erstgeschwängerten den Werth eines Paradigmas beanspruchen darf.



Vorn aufgeschnittener Uterus einer zum ersten Male seit 6 Monaten schwangeren Frau.

Eb, Eihäute, *CC'*, Cervix, *Vg*, Vagina, *o e*, ost. ext., *bb'*, von mir sogen. Müller'scher Ring, *a a'*, ost. int. der Braune'schen Zeichnung, *V V'*, grosse Gefässe. *Pc*, mit Muskelfasern durchsetztes paracervicales Gewebe.

Nach einem Präparat gezeichnet von Dr. Heitzmann.

Der Uterus entstammt einem 21jährigen Mädchen, das sich zum ersten Male seit 6 Monaten schwanger fühlte. Früher ganz gesund starb sie 4 Stunden nach einer zufälligen Verletzung der Scheide in der Nähe der Clitoris.

Der Gebärmutterhals dieses Uterus bietet keinen einfachen Canal sondern einen Trichter.

Der Hals des Trichters *o b*, *e b'* hat eine Länge von 2,5 Ctm., der flache Theil des Trichters hat eine Länge von 2,7 Ctm., ganz gleichartig aussehende Cervixschleimhaut kleidet den ganzen Trichter aus. Die Eihäute sind erst von den Puncten *a a'* an ringsum in scharfer Linie, durch die Decidua in fester Verbindung mit der Unterlage; die Insertion der Eihäute bildet einen Kreis, dessen Durchmesser circa 6 Ctm. beträgt.

Diese Verhältnisse an dem zum ersten Male seit 6 Monaten schwangeren Uterus zeigen, dass die Stellen, die man gegen das Ende der Schwangerschaft bei durchgängiger Cervix fühlt und die ich als Müller'schen Ring und ost. int. der Braune'schen Zeichnung beschrieben habe, schon bei der ersten Entwicklung des Eies ihren bestimmten Platz einnehmen. Dadurch wird es sehr nahe gelegt, und ich finde eine Bestätigung darin, dass der Uterus auf die von mir beobachtete und dargestellte Weise sich öffnet.

b b' entspricht der Stelle, die P. Müller als ost. int. beschrieb, ist die Stelle, die Agnus Macdonald vor der Edinburger geburtshülflichen Gesellschaft den 28. Febr. 1877 gegen mich als ost. int. vertheidigte, ist die Stelle, die auch A. Martin in Berlin veranlasste, in einer 79 Seiten langen Schrift meiner Anschauung über die Art und Weise der Eröffnung des Uterus entgegen zu treten. *a a'* entspricht der Stelle des ost. int. am jungfräulichen Uterus. An dieser Stelle, oder wahrscheinlich an einer etwas höher gelegenen Stelle, meist in der Ebene des Beckeneinganges bildet sich, wenn die Partie des Uterus zwischen *a* u. *b*, *a'* u. *b'* unter dem Drucke des Eies zu erweichen und sich zu verdünnen anfängt, das ost. int. der Braune'schen Zeichnung und die Partie des Uterus zwischen *a* u. *b*, *a'* u. *b'* und gewiss noch ein beträchtlicher Theil der Oberfläche, auf der das Ei gesessen, dient zur Aufnahme der Eiblase oder des Kindskopfes, wenn dieselben anfangen unter das Niveau des Beckeneinganges zu treten.

Ueber das Schicksal der Cervicalschleimhaut zwischen *a* u. *b*, ob sie vielleicht beim Tiefertreten des Kopfes in Fetzchen reisst und theilweise verloren geht oder ganz intact bleibt, vermag ich heute noch keinen Aufschluss zu geben. Nach der Untersuchung von vielen Uteris von Frauen, die schon geboren haben, scheint mir das erstere das wahrscheinlichere zu sein, denn man findet bei diesen bezüglich der Länge der Cervicalschleimhaut die grössten Unterschiede, das Maass schwankt zwischen 1 u. 4 Ctm; dazu kommt noch, dass die Uebergangsstelle von Cervicalschleimhaut zu Uterusschleimhaut weit keine so scharfe Linie als am jungfräulichen Uterus bildet, ja dass sie manchmal zickzackförmig übergehend an verschiedenen Stellen um 0,5 — 1 Ctm. länger als an anderen gefunden wird; dazu findet man noch am oberen Ende der deutlichen Cervicalschleimhaut eine oft 1 Ctm. hohe, oft kleinnarbige Stelle, von der man nicht weiss, ob man sie zur

Uterusschleimhaut oder Cervicalschleimhaut rechnen soll. Die obere Grenze der deutlich erkennbaren Cervicalschleimhaut kann daher bei Frauen, die schon geboren haben, nicht immer auch als obere Grenze der Cervix gelten. —

An zwei Uteris aus dem 5. Monat Mehrgeschwängerter, die ich ebenso von Herrn Dr. Chiari zur Ansicht und Zeichnung erhielt, fand ich ganz dieselben Verhältnisse. Auch an diesen hat der mit Cervicalschleimhaut bekleidete Theil des Uterus nicht die Form eines einfachen Canals sondern die eines Trichters, nur ist der Hals des Trichters *o b e b'* in einem Falle länger und massiger, im anderen Falle gleich lang aber massiger als an dem Uterus der Erstgeschwängerten. Der flache Theil des Trichters *a b a' b'* ist in einem Falle 2 Ctm., im 2. Falle 1,5 Ctm. lang. An einem 3. Uterus einer 7 Monate schwangeren Mehrgeschwängerten ist der Canal 4,5 Ctm. und der flache Theil 1,5 Ctm. lang. An dem Uterus, den ich zu meiner Schrift über diesen Gegenstand zeichnen liess, fehlt der flache mit Cervicalschleimhaut bekleidete Theil ganz. —

Nach diesen neueren Untersuchungen muss, entgegen meinen früheren Angaben, bei Erstgeschwängerten ein grösserer Theil, bei Mehrgeschwängerten ein kleiner Theil der inneren Oberfläche des sogen. unteren Uterinsegmentes auch aus Cervicalschleimhaut bestanden haben und ich gebe gern die Möglichkeit zu, dass von mir und Anderen Fetzchen der Cervicalschleimhaut für Decidua gehalten wurden. —

---

1. **E. Högyes.** Beiträge zur Lebenszähigkeit des Säugethierfötus.

(Aus dem pathologischen Institut der Klausenburger Universität.)
(Orvon hetilap 1877. No. 23. ungarisch.)

Bei Gelegenheit eines Erstickungsexperimentes mit Kohlenoxyd an einem trächtigen Kaninchen fand H. noch 5 Minuten nach erfolgter Section die Fötuse in heftiger Bewegung. Sobald selbe aus den Eihüllen entfernt wurden zeigten sie Athembewegungen, ebenso bei Compression der Nabelschnur. Die Reflexthätigkeit dauerte bis 20 Minuten nach erfolgter Herausnahme. H. stellt nun das Experiment auf die Art an, dass er ein trächtiges grosses Kaninchen tracheotomirt und den Bauchschnitt macht, hierauf das Thier in eine 38° warme Salzlösung von 5 pro Mille bringt. Uterushörner und darinnen die Fötuse zeigen lebhafte Bewegung selbst als das Thier bereits durch Kohlenoxydgas erstickt ist. Athembewegung der Fötuse dauert durchschnittlich 38 — 46 Minuten. Die Reflexerregbarkeit bis zu einer Stunde.

Wird das Thier vergiftet und dann erst der Bauchschnitt gemacht so bleibt die Athmung bei den Fötusen zumeist aus; die Reflexthätigkeit dauert bis 20 Minuten fort.

Unter Zugrundelegung der diesbezüglichen Arbeiten Zweifel's, Zuntz' und Pflüger's kommt H. zu dem Schlusse, dass die Fötuse aus dem Grunde länger als das Mutterthier am Leben bleiben, weil

in letzterem Kohlenoxyd-Hämoglobin-Blut circulirt, das weder den Sauerstoff aus dem Fötuskreislauf, noch aus den Lungen aufzunehmen im Stande ist. Der Fötus bleibt somit im Besitze seines eigenen Sauerstoffs und lebt auf Kosten dieses eine Zeit lang fort. Daraus erhellt (übereinstimmend mit den obigen Forschern), dass der Stoffwechsel des Fötus geringer als des ausgetragenen Thieres ist, hingegen dauert die Reflexerregbarkeit beim Fötus länger als beim Erwachsenen, bei welchem sie die Athembewegungen nur kurz überdauert.

Elischer (Budapest).

---

2. **M. Schede.** Ueber die Drainage des Uterus bei puerperaler Septikämie.

(Berliner klinische Wochenschrift 1877. No. 23 u. 24.)

[Es giebt oft Behandlungsmethoden, welche sich aus dem Fortschritt der medicinischen Wissenschaften so folgerecht ergeben, dass es uns nicht wundern darf, wenn fast gleichzeitig von Mehreren dergleichen Methoden empfohlen werden. Andererseits kommen bei wesentlich gleichen Grundsätzen in der Art und Weise der Ausführung Verschiedenheiten vor, die theils so hoch geschätzt werden, dass gerade darin das Neue gesehen wird, theils so unterschätzt, dass ihnen keine Bedeutung beigemessen wird. Da ausserdem der Eine schon nach wenigen Fällen sich beeilt zu publiciren oder sogar nur auf theoretische Abstractionen seine Ansichten stützt, während dem Anderen erst ein reichliches Material zur Bildung eines Urtheils genügt, so giebt es schliesslich mehrere Prioritäten, factische und literarische. Die Ansichten über die Priorität können demnach verschieden sein, namentlich dann, wenn nach anderweitigen Publicationen das factische Prioritätsrecht in Anspruch genommen wird. So theilt mir Herr Dr. Langenbuch in Berlin mit, dass er schon im Jahre 1872 die Uterusdrainage mehrfach mit günstigem Erfolge in Bethanien und später in anderen Fällen im Lazaruskrankenhause ausgeführt habe. Um über eine mehrfällige Erfahrung verfügen zu können unterblieb eine verfrühte Mittheilung. Dr. Langenbuch zeigte im Anfang des Jahres 1875 einen Fall von Uterusdrainage Dr. Ebell. Nach dieser Mittheilung kann Dr. Langenbuch beanspruchen als derjenige genannt zu werden, welcher zuerst die Uterusdrainage machte.]

Fritsch (Halle a/S.).

Verf. theilt 5 Fälle mit, in denen er dieses Verfahren mit Erfolg angewandt hat, allerdings neben wiederholten intrauterinen Ausspülungen. Die beiden ersten Fälle, Septikämie im Wochenbett in Folge von Jaucheretention im Uterus, verliefen günstig. Es trat im ersten alsbald vollständige Genesung ein, im zweiten nach Ablauf eines Erysipels an dem freilich die Behandlungsmethode Schuld trug. In den beiden anderen Fällen, ebenfalls Wöchnerinnen, besserten sich zwar die Lokalerscheinungen, aber die allgemeine Infection des Körpers war schon zu hochgradig, es gelang nicht die Kranken zu retten. Hierbei bediente sich Verf. folgender Methode, um das

Drainrohr im Uterus zu fixiren. Er zog durch das Ende desselben ein kurzes Querstück, das als Querriegel oder Widerhaken diente und das Herausfallen verhinderte.

Die Sectionen ergaben, dass das Liegenbleiben des Drainrohrs und Katheters nicht nur keinen Entzündungsreiz abgegeben hatten sondern die localen Störungen prompt zurückgebildet waren.

In Anbetracht dieser Ungefährlichkeit und in Rücksicht auf die schweren Fälle, in denen es darauf ankommen müsse jeden Tropfen des septischen Secretes zu entfernen, empfiehlt Verf. dringend die Drainage gegenüber den blossen Ausspülungen des Uterus.

Ein 5. Fall bei einem verjauchenden Uterusfibrom zeigte denselben günstigen Erfolg. **Schellenberg** (Leipzig).

---

3. **A. Schücking.** Wie ist eine streng antiseptische Behandlung der Wunden des weiblichen Genitalcanals einzurichten?

(Berliner klinische Wochenschrift 1877. No. 26.)

Seit der allgemeineren Einführung der antiseptischen Methode in der Chirurgie ist es von verschiedenen Seiten versucht worden, dieselbe auch auf die Behandlung der Wunden des weiblichen Genitalcanals, vorzugsweise auf die des Wochenbetts anzuwenden. Allein die grossen Schwierigkeiten, die einer methodischen Anwendung in diesem Falle entgegenstehen, bewirkten, dass man vorzugsweise bei prophylaktischen Massregeln stehen blieb.

Der in der Chirurgie gewöhnlich gebrauchte Lister'sche Verband ist nicht anwendbar in der Gynäkologie, man muss also ein gleichwerthiges Verfahren suchen. Dies glaubt Verf. in der permanenten Irrigation gefunden zu haben, die sich ja auch schon in der Chirurgie bewährt hat. Er hat im Ganzen 8 Fälle in der Weise mit sehr gutem Erfolg behandelt. Diese sollen jedoch nur die praktische Ausführbarkeit der Methode beweisen, womit dann auch zugleich das Urtheil über ihren Werth ausgesprochen ist.

Die Wunden der Vagina und des Uterus werden durch diese Behandlungsweise vor dem Hinzutreten septischer Processe geschützt.

Die Irrigation geschieht mit einem Metallkatheter, an dem sich seitlich ein kurzes metallenes Rohr befindet, das sich nach oben verjüngt und zahlreiche Oeffnungen trägt, um den Abfluss der desinficirenden Flüssigkeit auch im späteren Verlauf des Wochenbettes bei engerem Muttermund sicher zu stellen. An dem Katheter ist der Gummischlauch eines Irrigators befestigt. In diesen Schlauch ist eine doppelte Glasröhre eingeschaltet, deren innere eine feine Spitze trägt, durch welche die Flüssigkeit langsam abtropft. Der ganze Katheter wird mit einer Binde von entfetteter weicher Gaze, die in 5% Carbolsäure-Lösung gelegen hat, umwickelt von oben nach unten in immer dickeren Lagen. Dies dient zur Fixirung des Katheters, verhindert die Verstopfung der Röhre durch Blutcoagula, und bewirkt,

dass die Theile gleichmässiger mit dem Antisepticum in Berührung kommen. Alle 12 Stunden ist dieser »Verband« zu wechseln, während dessen die Vulva mit einem carbolisirten Lappen bedeckt wird. Da Carbol- und Salicylsäure-Lösungen von genügender Concentration auf die Dauer nicht unbeträchtlich reizen, nahm Verf. eine 10% Lösung von schwefligsaurem Natron, der 5% Glycerin beigemischt sind.

Bei ganz frischen Fällen genügt es nach Einlegung des Rohrs einmal mit 5% Carbollösung auszuspülen, und dann die Irrigation mit der Natronlösung einzuleiten.

Bei bereits bestehender Puerperalinfection muss die 5% Carbolausspülung länger ausgeführt und die ersten 12 Stunden statt mit Natron mit 3% Carbollösung irrigirt werden.

Wie lange Zeit man die permanente Irrigation anwenden muss wird von dem Verlauf des einzelnen Falles abhängen. Gewöhnlich werden 3 — 4 Tage genügen. Verf. hat sie bis 6 Tage angewandt.

Den Vorwurf der Kostspieligkeit und des Zeitverlustes sucht Verf. damit zurückzuweisen, dass es eben bei dieser Massregel zum Schutze gegen das Puerperalfieber nicht darauf ankomme, dass ferner die permanente Irrigation vor der Methode der wiederholten intrauterinen Ausspülungen den Vortheil der grossen Bequemlichkeit und Zeitersparniss habe.

Auch auf Nachbehandlung der Wunden nach gynäkologischen Operationen, Ovariotomie, Hysterotomie und Enucleation von Fibromen etc. lässt sich diese Methode leicht anwenden.

Durch Anführung der wichtigeren Fälle aus seiner Beobachtungsreihe sucht Verf. den Werth und die Erfolge seiner Methode noch klar darzulegen und macht darauf aufmerksam, dass man selbstverständlich nur von einem methodischen, nicht unterbrochenen, ganz streng nach den Vorschriften ausgeführtem Verfahren Erfolge erzielen könne, dann aber auch sicher in allen Fällen, wo überhaupt von einer lokalen Behandlung etwas zu hoffen sei, erwarten könne. Den Fällen von Schede kann Verf. keine besondere Beweiskraft zuertheilen, da die Methode nicht consequent und in einem Falle das hervorstechendste Symptom die Anämie war. **Schellenberg** (Leipzig).

---

4. **Münster.** Die intrauterinen Injectionen im Wochenbett.

(Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie Bd. I. Hft. 2.)

Die von v. Grünewald zuerst eingeführten intrauterinen Ausspülungen nach der Entbindung sind neuerdings von Fehling, Fritsch und Schede warm empfohlen und in ausgedehntem Maasse von Bischoff ausgeführt worden.

Auch in der Königsberger Klinik wurden sie vom Wintersemester 1875 — 1876 ab durchgeführt und »wenn die Zahl der Beobachtungen über die Wirksamkeit der intrauterinen Injectionen auch noch zu klein ist, um zu definitiven Schlüssen zu berechtigen, so ist doch das erfreuliche Resultat zu constatiren, dass von den behandelten

Fällen keiner verloren ist.« Im Ganzen wurden 24 Fälle behandelt, von denen in 5 die Injectionen im Wochenbett fortgesetzt wurden, während in den übrigen nur eine sehr reichliche Ausspülung des Uterus vorgenommen wurde. Die Injectionen wurden gemacht in 1 Fall nach Perforation und Cranioclasma, in 6 nach Wendungen, in 3 nach Lösung der Placenta, in 4 nach Entfernung jauchender Abortreste, in 4 nach Reposition der Nabelschnur, in 5 nach Zangenoperationen nach langer Geburtsdauer, in 3 nach lange dauernden Geburten bei verengten Becken, in 2 endlich nach unter Fiebererscheinungen erfolgtem Abgang übelriechenden Fruchtwassers. Von den 24 Wöchnerinnen erkrankte keine im Wochenbett. Intrauterine Injectionen gleich nach der Geburt und eventuell fortgesetzt im Wochenbett sind angezeigt in allen Fällen mit erheblicheren Quetschungen der Cervix nach Einführung der Hand in den Uterus, bei zurückgebliebenen Placentar- und Eihautresten, bei Zersetzung des Fruchtwassers und Erscheinungen einer Endometritis während der Geburt. Die Injectionen sollen zweierlei bezwecken: die Ausspülung der erkrankten Stellen und die Anregung kräftiger Uteruscontractionen. Sie werden ausgeführt mit einem Irrigator und Katheter à double courant und zwar nach Umständen 1 — 8 Mal am Tag. Zur Verwendung kam stets Salicylsäure 1 — 2 : 1000. Die Injectionen entleeren zunächst die Uterushöhle von allen stagnirenden oder sich zersetzenden Secreten und setzen dann Temperatur und Puls fast regelmässig herunter. Nur bei der Behandlung der Endometritis diphteritica haben die Injectionen noch keine Erfolge gehabt, doch hofft Verf. auch bei dieser Krankheitsform durch 1 — 2 stündliche Ausspülungen noch Erfolge zu erzielen.

Zwölf Krankengeschichten illustriren mit den entsprechenden Curven die obigen Angaben. Betreffs der genauen Ausführungen der Ausspülungen ist das Original nachzulesen.

Ref. hat seit über einem Jahre in 12 Fällen nach gleichen Principien mit den Ausspülungen der Uterushöhle gehandelt und entsprechend den obigen Schilderungen ebenfalls nur günstige Resultate aufzuweisen. Ganz besonders zu rühmen ist die prophylaktische Kraft der Ausspülungen nach schweren Geburten oder bei Jauchungen, sobald die Injectionen unmittelbar nach der Geburt begannen und Tage lang regelmässig 2 — 4 Mal und noch häufiger fortgesetzt werden. **Leopold** (Leipzig).

---

5. **Chamberlain.** Ausspülung des puerperalen Uterus.

(New-York med. Rec. 1877. März. 17.)

Verf. beschreibt ein Rohr aus gehärtetem Glase zur Ausspülung des puerperalen Uterus. Der Process des Härtens macht das Glas ungewöhnlich zäh und unzerbrechlich, und seine ferneren Eigenschaften, dass es sich nicht abnutzt, von Chemikalien nicht angegriffen und von putriden Stoffen nicht inficirt wird, machen

es allen anderen Materialien zu solchem Zwecke vorzuziehen. Das Rohr ist 15 Zoll lang und $^5/_8$ Zoll im Durchmesser, und so gebogen, dass es sich leicht in die puerperale Uterushöhle einführen lässt. Das feinere Ende ist geschlossen und eiförmig abgerundet. Beginnend $^1/_2$ Zoll von dem geschlossenen Ende an der hinteren Fläche sind 4 Löcher, welche einen Zoll von einander entfernt sind und sich in einer Spirale um das Rohr winden, also auf jeder Fläche eins. Diese Löcher sind gemacht worden so lange das Glas heiss war, die Kanten sind daher glatt, und die Stärke des Rohres wird dadurch nicht geschwächt als wenn dieselben gebohrt wären. Die Löcher sind ferner so geordnet, dass kein Strom in die Tubarmündungen geworfen werden kann. Das offene Ende des Rohres läuft schmäler zu, um mit dem Gummischlauch eines Irrigators verbunden werden zu können. Das Rohr wird folgendermassen angewendet. Die Patientin legt sich in der Rückenlage auf ein Kissen, über welches ein Gummituch gebreitet ist, in welchem eine Rinne gemacht wird, die in eine vor dem Bette stehende Schüssel führt. Das Rohr wird aus freier Hand, ohne mit dem Finger in die Vagina einzugehen, bis an die Cervix eingeführt, die Vagina mit carbolisirtem Wasser ausgespritzt, und dann die Spitze des Rohres durch einfaches Senken des freien Endes in den Cervicalcanal und die Uterushöhle eingeführt, eine Manipulation, die mit einiger Ortskenntniss sehr leicht gelingt. Sollte die vordere Cervicallippe den Ausfluss der in den Uterus eingespritzten Flüssigkeit verhindern, so hebt man sie einfach mit dem Rohre von der hinteren Lippe ab. — Der Nutzen dieser intrauterinen Injectionen des puerperalen Uterus unter geeigneten Verhältnissen und der Vortheil, dass Arzt und Kranke in keinen directen Contact bei der Manipulation kommen, also eine Uebertragung des Giftes vermieden wird, ist nicht zu unterschätzen.

Verf. giebt ferner einen Katheter an zum Gebrauch im Hause, und eine Kanüle zur Einführung von Jod, Salpetersäure u. s. w. in die Uterushöhle mittelst Watte auf einem Drahte, beide aus demselben gehärteten Glase. (Ref. hat diese Instrumente gesehen, und muss besonders dem Werthe des puerperalen Rohres vollkommen beistimmen.) **P. Munde** (New-York).

---

6. **H. Schulz.** Prophylaktisch-antifebrile Behandlung im Wochenbett.

(Allgem. med. Centralzeitung 1877. No. 20.)

Angesichts des schweren geburtshülflichen Operationen fast regelmässig folgenden Fiebers, schlägt Verf. vor offensiv dagegen vorzugehen, d. h. alsbald nach Beendigung der Geburt die Wöchnerin so zu behandeln, als ob sie bereits an Puerperalfieber erkrankt sei. In drei Fällen, die er aus seiner Praxis anführt (2 Placentarlösungen und eine schwere Wendung), hatte diese Behandlung (2 stündl. 0,2 Chin. sulf) den Erfolg, dass die Temperatur nie über 38,0 und der

Puls nie über 90 stieg. Schliesslich giebt Verf. doch zu, dass er Niemand die Ueberzeugung aufdrängen könne, diese 3 Fälle seien ohne prophylaktisch-antifebrile Behandlung auch wirklich fieberhaft verlaufen. **Schellenberg** (Leipzig).

---

7. **L. Michels.** Die Fibromyome des Uterus.
Stuttgart, **F. Enke.** 1877.

Verf. verfügt über ein ziemlich reichliches Material indem er obiger Schrift 160 aus seiner Praxis ausgewählte d. h. genauer beobachtete Fälle unterlegt. Er kommt bei einer Betrachtung nach der Nationalität der Fälle zu dem merkwürdigen Schluss, dass Däninnen, speciell unverheirathete, relativ sehr häufig von dem Uebel betroffen werden, ein Punct, über den wir vielleicht in der Folge von dänischen Aerzten Auskunft erhalten. Die Mehrzahl der Fälle verlegt Verf. zwischen das 25. — 30. Jahr, Winkel zwischen das 30. und 40. Auch mit der Beziehung der Geschwulst zum ehelichen Leben kommt Verf. zu anderen Resultaten als Winkel, er fand dieselben in $^1/_5$ bei Unverheiratheten, von Winkel's Patientinnen war die grössere Mehrzahl verheirathet. Ein Beweis dafür, mit welcher Vorsicht Schlüsse aus solchen Zahlen gezogen werden müssen, weshalb auch anzuerkennen ist, dass er die Frage nicht zu entscheiden wägt, ob Sterilität die Folge der Fibromyome sei (Winkel) oder die Ursache derselben, wie Scanzoni angiebt. Die ätiologischen Momente sind in erster Linie in Reizzuständen zu suchen, die den Uterus direct oder indirect treffen; in Bezeichnung einzelner bestimmter Einwirkungen geht hier Verf. entschieden zu weit.

Die Symptome sind die bekannten, ein besonderer diagnostischer Werth wird dem frühen Auftreten von Störungen von Seiten der Harnblase und des Mastdarms beigelegt. Die wesentlichste Beachtung verdienen aber natürlich die Blutungen, welche besonders bei sehr grossen Geschwülsten zusammen mit dem directen Druck auf grosse Nervenstämme Anlass zu den im Gefolge der Anämie so häufigen Nervenstörungen der verschiedensten Art geben.

Die Diagnose ist bekanntlich gewöhnlich nicht schwer. Ob sie bei fettleibigen Personen und hochstehender Gebärmutter durch Anwendung der Sonde erleichtert und sicherer wird, ist doch noch nicht so ausgemacht.

Die günstigsten Ausgänge sind Ausstossung und spontane Rückbildung. Ist hierauf nicht zu hoffen, so soll eine 3 Mal wiederholte Anwendung einer Kreuznacher Cur noch die beste Prognose geben. Dieselbe setzt sich zusammen aus localer Einwirkung durch Bäder, besonders aber durch Umschläge mit Compressen, die mit Mutterlauge und Soole getränkt werden, und dem innerlichen Gebrauch der Elisabethquelle.

Die genauere Angabe eines Curplans, ebenso Aufstellung der Indicationen, unter welchen die daneben aufgezählten Arzneimittel anzuwenden sind, fehlt.

Dass Verf. von den Hildebrandt'schen subcutanen Ergotininjectionen keinen Erfolg gesehen, erklärt sich wohl daraus, dass Patientinnen zu einer derartigen Cur nicht lange genug in der Beobachtung von Badeärzten bleiben.

Zum Schluss werden die etwa nöthigen chirurgischen Eingriffe etwas ungnädig abgehandelt, indem Verf. den schönen Erfolgen eines Hegar, Keith, Köberlé u. a. zu wenig Anerkennung schenkt.

Fehling (Stuttgart).

---

8. **Neftel.** Beiträge zur electrolytischen Behandlung bösartiger Geschwülste.

(Virch. Arch. LXX. Hft. 2. p. 171.)

Nachdem N. bereits früher die Möglichkeit der Heilung bösartiger Tumoren auf diesem Wege nachgewiesen zu haben glaubt, theilt er eine verbesserte Methode mit. Die alte Methode bestand darin, dass eine Anodennadel (aus Platin) in die Geschwulst eingestossen wurde, während mit einer Kathodenplatte dieselbe langsam in mehreren Kreisen umschrieben wird. Es kommt so zur Eiterung im Tumor und in seiner Umgebung und zu vollständiger Nekrose; dann folgt die Nachbehandlung mit schwachen Strömen. Eine ausführliche Krankengeschichte, betreffend einen wallnussgrossen Brustdrüsentumor mit secundär afficirten Achseldrüsen (Scirrhus), wird beigegeben. Während diese Methode nur bei sehr kleinen Tumoren anzuwenden sei empfiehlt N. für grössere aus Furcht, dass nach der ersten Operation zurückbleibende und nur halb zerstörte Geschwulstreste schnell recidiviren, nach Insertion einer Anodennadel in die Mitte des Tumors 3, 4, 5 Kathodennadeln um die Peripherie d. h. ausserhalb der Geschwulst einzusenken; darauf Schluss der Kette, rasche Steigerung des Stromes bis zu event. 60 Siem. Elem. dann werden die Kathodennadeln nach 5 bis 10 Minuten herausgezogen und an anderen Stellen inserirt bis der Tumor in der ganzen Umgebung unterminirt ist. Die Operation ist beendet wenn die ganze Geschwulst ein livides Aussehen gewonnen hat und kann 1 bis $1^1/_2$ Stunden dauern; die Reaction pflegt gering zu sein. Die oben angegebene Nachbehandlung dauert noch bis nach der Vernarbung fort.

Küstner (Halle a/S.).

---

9. **Méhy.** Die pathologischen Flüssigkeiten der Peritonealhöhle.

(Aus der Sitzung der Acad. de méd. Arch. gén. de méd. 1877. Jan. p. 108.)

Die ascitische Flüssigkeit enthält dieselben Elemente, wie das Blutserum; nur der Eiweissgehalt ist schwächer; auch der Fibringehalt des Blutes ist grösser, denn die ascitische Flüssigkeit gerinnt nicht immer spontan. Die stets vorhandene grosse Menge von weissen Blutkörperchen ist die Regel und hat nichts auffallendes. Die Menge der festen Bestandtheile in einem Kilogramm übersteigt nicht 90 Grm. und

sinkt nicht unter 14 Grm. Die Salze schwanken zwischen 7 und 9 Grm. im Kilogramm. Die Flüssigkeiten, welche arm an festen Bestandtheilen sind, reproduciren sich schneller und geben also eine ungünstigere Prognose als die mehr dichten Flüssigkeiten.

Fritsch (Halle a/S.).

---

10. **Petit.** Die Albuminurie der Schwangeren.

(Journ. de méd. et de Chirurgie 1877. März. Bd. XLVIII. p. 121.)

Verf. hat Untersuchungen über die Albuminurie der Schwangeren angestellt. Das Material bestand aus 143 Frauen. Es wurde bei 1 von 4,9 Frauen Eiweiss gefunden, im 9. Monat ist das Verhältniss 1 : 7, während der Geburt 1 : 4,8, unmittelbar nach der Geburt 1 : 4,2. Verf. unterscheidet mit Lever zwei Arten der Albuminurie, eine, welche mit der Gravidität zusammenhängt, und eine zweite, welche als unmittelbare Folge der Geburt aufzufassen ist. Die Albuminurie war erheblicher bei Primiparen und verringerte sich bei Multiparen im umgekehrten Verhältniss des Alters. Je grösser der Fötus war, um so grösser zeigte sich auch die Eiweissmenge, dagegen hatte das Geschlecht des Kindes keinen Einfluss. Auch konnte man eine schädliche Folge der Albuminurie für das Kind nicht constatiren. Verf. bezieht die Albuminurie nicht auf Compression der Nierenvenen sondern auf die Massenzunahme des Blutes, auf das Wachsen der Function der Nieren d. i. die Hyperämie derselben.

Fritsch (Halle a/S.).

---

11. **Gillette.** Neue Operation der Rectocele und Cystocele.

(Amer. journ. of obstetr. 1877. April. p. 288.)

Verf. räth folgendes einfache Verfahren an:

Man führt den Finger in das Rectum, erfasst mit einer Zange eine grössere Falte der Vaginalwand und leitet nun eine Nadel in das Bindegewebe zwischen Rectum und Vagina, an einer Seite der Falte ein- an der anderen herausstechend. Dann werden so viel Fäden gelegt, dass die Falte vollkommen abgeschnürt, keine Ernährung mehr von der Nachbarschaft bekommt. Bei der Cystocele muss man noch vorsichtiger sein, um die Blasenwand nicht mit einzubinden. Die Nachbehandlung besteht in Injectionen.

Verf. hält seine Operation für alle leichteren Fälle für genügend.

Fritsch (Halle a/S.).

Casuistik.

12. **W. Netzel.** Fall von Haematoma vulvae.

(Hygiea 1877. No. 3.)

Im ersten Falle fand die Geburt durch ein Haematom im rechten Lab. maj. ein Hinderniss. Nach Incision ohne bedeutende Blutung und Entfernung der Coageln wurde die Geburt durch die Zange vollendet. Wochenbett verlief normal mit bedeutendem Verluste der Weichtheile an der grossen Schamlippe. — Im zweiten Falle wurden die Geburtswege von der kindskopfgrossen Geschwulst in hohem

Grade verengt. Nach Incision und Entleerung des Blutes kam die ganze Hand in eine grosse Höhle hinein, Geburt durch Zange vollendet. Die Höhle wurde tamponirt. Bis zum 6. Tag Wohlbefinden, keine Nachblutung, dann trat profuser Durchfall ein, und am 15. Tag lethaler Ausgang. — Die Höhle reichte von Vagina und Blase bis zum Beckeneingang hinauf, und setzte sich durch die Incis. ischiad. zwischen den Mm. glutaei fort, das Gewebe hier missfarbig und mit stinkendem Eiter infiltrirt. Das subperitoneale Bindegewebe war längs der hinteren Beckenwand bis in die Bauchhöhle hinauf blutig infiltrirt, aber keine Peritonealentzündung. Die Schleimhaut des Dickdarmes stark injicirt, Ulceration oder diphtheritischer Belag aber nicht vorhanden. — Verf. bespricht die aetiologischen Verhältnisse mit Rücksicht auf Varicen, Geburtsverlauf und Schwangerschaftszahlen. Die detaillirte Klassificirung der Haematome nach dem anatomischen Sitze (Laborie) kann nur für kleine Haematome gelten, die grossen breiten sich schnell aus einer Region in eine andere aus. In Fällen von Haematom nach der Geburt hält Verf. die Incision und Entleerung des Blutes mit möglichst antiseptischer Vorsicht für das beste, um den ganzen Verlauf abzukürzen.

Ingerslev (Kopenhagen).

13. **Galabin.** Fall von Placenta prävia mit drohender Chloroformasphyxie. Intrauterine Athmung des Fötus.

(Lancet 1877. April 21.)

Verf. kam zu der Gebärenden, nachdem sie schon sehr viel Blut verloren hatte. Sie befand sich im 8. Monat, die Cervix war hart, 3″ lang, Loslösung der Placenta nach Barnes' Grundsätzen verschlimmerte die Sachlage. In der Chloroformnarkose wurde nun die bimanuelle Wendung gemacht, dabei traten Zeichen von Larynxobstruction durch Erbrochnes auf. Der Fötus machte krampfartige Bewegungen, bei jeder derselben hörte man ein schnappendes Geräusch im Uterus durch das ganze, übrigens kleine Zimmer. Es war bei der Wendung Luft in den Uterus hineingekommen, das Kind kam todt, der grössere Theil seiner linken Lunge schwamm im Wasser. **Underhill** (Edinburg).

14. **Binet.** Ein Fall von schwerer Geburt, Tod nach einer Stunde.

(Bull. de ther. 1877. Bd. II.)

B. erzählt ausführlich folgende Geburtsgeschichte:

Eine Frau von 25 Jahren hatte vor 4 Jahren ein ausgetragenes Kind geboren. Am Ende der 2. Gravidität wird B. 2 Tage nach vorzeitigem Wasserabfluss gerufen. Nachdem einige Dosen Ergotin sich erfolglos erwiesen, entschliesst sich B. an den hoch über dem Becken stehenden Kopf, über dessen Stellung er sich absolut keine Rechenschaft giebt, den Forceps von Charrière, dann als er diesen nicht in das Schloss bringen kann, den von Hamon anzulegen; ohne Erfolg. Darauf entfernt sich B. mit dem Entschlusse den anderen Tag die Craniotomie zu machen! Dazu bringt er sich 2 Assistenten, jedoch kein geeigneteres Instrument, als seine 2 Zangen mit; er nimmt also den scharfen Haken, der sich an einem Griffe der Charrière'schen Zange befindet, und entfernt damit die Kopfknochen, und entleert das Gehirn. Nach einigen erst wieder vergeblichen Versuchen gelingt es ihm mit dem schmalen Hamon'schen Forceps den Rumpf des bereits faulenden Kindes unzerstückelt zu extrahiren. Tod der Frau eine Stunde nach der Entbindung.

In einer zur Rechtfertigung dieser Blumenlese von gröbsten Verstössen gegen die elementaren Regeln angehängten Epikrise führt B. ganz beiläufig an, dass die Beckenverengerung 5 Ctm. betragen habe. —

In der folgenden Nummer des Bull. de ther. ist diese Geburtsgeschichte von Dr. Charles gebührend kritisch beleuchtet.

In einer auf diese Kritik von B. geschriebenen Antwort, welche natürlich nicht geeignet ist, etwas zur Entschuldigung des Verfahrens beizutragen, fügt Verf. hinzu, dass er noch einmal seitdem mit dem scharfen Haken an der Charrière'schen Zange eine Craniotomie, diese aber mit Erfolg gemacht habe.

Küstner (Halle a/S.).

15. **Griffiths.** Ein neues Mittel bei Blutung in der Nachgeburtsperiode.

(Practitioner, 1877. März.)

Verf. empfiehlt einen Strahl zerstäubten Aethers auf Unterleib, Lenden und Geschlechtstheile zu lenken. Er fand das Mittel erfolgreich bei 2 schweren Blutungen der Art, wo alle anderen Mittel fehlgeschlagen hatten. Verf. ist jedoch kein Geburtshelfer und hat keine weitere Gelegenheit zur Erprobung seines Vorschlags gehabt. **Underhill** (Edinburg.)

16. **Basham.** Lockerung der Beckensymphysen.

(Lancet 1877. April 28.)

Eine 34jährige VIpara war im 7. Monat von einem todten Kind entbunden worden. 14 Tage später ins Westminster-Hospital gebracht zeigte sie sich unfähig zum Stehen, Gehen, beim Legen wurden die Beine nur mit Mühe und unter Schmerzempfindung im Hüftgelenk gebeugt, Zusammendrücken der 2 Hüftbeine verursachte Schmerzen. Der Uterus war gross und in Folge ungenügender Involution schlaff. Eine geringe Beweglichkeit wurde in den Symphysen constatirt. 3 Wochen lang wurden allerlei Arznei-Mittel und Blasenpflaster angewendet, jedoch ohne Erfolg. Eine feste aus ungebleichter Leinwand verfertigte Bandage setzte sie in den Stand täglich aufzustehen, ihre Kräfte erholten sich langsam, 6 Monate hernach war sie so wohl wie vorher. **Underhill** (Edinburg).

17. **A. Olioli.** Amenorrea, Hymenalatresie, neues operatives Verfahren.

(Annali Univ. di med. e chirurg. 1877. April.)

Die ersten Molimina zeigten sich bei der 17jährigen Patientin im October 1876. Operation im Febr. 1877 während der Menstrualperiode (!). Verf. stach einen Troikar in das Hymen ein und es entleerten sich etwa $^3/_4$ Liter schwarzen, geruchlosen Blutes. Durch die Röhre des Troikars wurde eine lange eingefädelte Nadel eingeführt und der Griff des Troikars so lange gesenkt bis die Spitze der Nadel durch das Hymen selbst, etwa 2 Ctm. von der Einstichsöffnung, herausgeführt werden konnte. Hierauf wurde die Röhre entfernt und nur der Faden zurückgelassen. Mit diesem wurde eine Falte des Hymens abgehoben und mit einer krummen Scheere abgetragen. Keine Reaction. Das Mädchen menstruirte noch durch zwei Tage. **Liebman** (Triest).

18. **Estachy.** Die electrische Behandlung der Brüste behufs Vermehrung oder Wiedererregung der Milchsecretion.

(Bull. gen. de ther. 1877. April 15. Bd. VII. p. 317.)

E. theilt 3 Beobachtungen mit, wo er durch Electrisation der Brüste die bereits verschwundene oder stark in Abnahme begriffene Milchsecretion völlig wiederhergestellt hat. Im ersten Falle war die Lactation durch eine Metroperitonitis vom 6. Tag an bereits 4 Wochen, im zweiten $2^1/_2$ Monate, im dritten allerdings anscheinend nur wenige Tage unterdrückt gewesen. Vorzügliche Erfolge. Die Cur wurde nach E.'s Ansicht wesentlich unterstützt durch interne Anwendung eines sehr complicirten Pulvers aus Semen Coriandri, Foeniculi, Nigellae, Curnini, Anisi, Calcium subphosphor., Calcium carbon., Zucker.

Küstner (Halle a/S.).

19. **Péan.** Ein alles Charakteristische eines Ovarialtumors darbietende Geschwulst.

(Bull. de l'acad. de méd. No. 12. Sitz. v. 20. März 1877.)

Eine 53jährige Kranke hat schon vor 20 Jahren einen Tumor im Unterleibe bemerkt. Der Tumor machte keine Beschwerden bis vor 2 Jahren die Cessatio mensium eintrat, nunmehr entstand rapide Vergrösserung der Geschwulst. Aus allen Merkmalen war man gezwungen einen Ovarialtumor zu diagnosticiren. Eine Punction wurde wegen drohender Suffocation nöthig. Die Cyste füllte sich sehr schnell wieder. Obwohl die Kranke sehr heruntergekommen war beschloss man doch die

Operation. Nach Eröffnung der Abdominalhöhle konnte man beim ersten Blick durch die Farbe der Geschwulst und durch die Gefässvertheilung sehen, dass es sich um einen uterinen Tumor handelte. Man machte eine Punction und constatirte, dass die Cystenwand 6 Ctm. dick war. Da der Tumor zu gross war wurde er weit incidirt und mit der Hand von einer grossen Menge Blutcoagula entleert. Hierauf legte P. 2 grosse Ligaturen um die Basis und schnitt die Partie oberhalb ohne Blutverlust ab. Der Tumor bestand grösstentheils aus 2 grossen Cysten, von denen eine in der Muscularis des Uterus entstanden war und die andere durch die enorm dilatirte Uterincavität selbst gebildet wurde. **Fritsch** (Halle a/S.).

20. Terrier. Doppelte Ovariotomie.

(Gaz. des hôpitaux 1877.)

T. berichtet in der Soc. de chirurgie (Sitzung vom 25. April 1877) über eine doppelte Ovariotomie mit Ausgang in Heilung und Wiederkehr der Menses. T. hat früher schon einen ähnlichen Fall beobachtet, in dem nach Entfernung beider Ovarien die menstruelle Blutung sich wieder einstellte, und citirt eine Arbeit von M. de Synety (Gaz. médicale), in welcher 10 Fälle gleicher Art beschrieben sind. In der Discussion verwirft Duplay den Rath von Spencer Wells die Incision möglichst klein zu machen, da man dann bei einem grösseren Tumor vor seiner Extraction die Punction machen müsse, wobei eine Verunreinigung des Peritoneum nicht zu vermeiden sei. Hierdurch sei eine sehr genaue Toilette des Bauchfells erforderlich, wodurch die Operation sehr verlängert würde. Gillette glaubt, dass eine gewisse Menge seröser Flüssigkeit oder Blut ohne Nachtheil in der Bauchhöhle zurückbleiben könne, was Houel lebhaft bestreitet.

Runge (Strassburg i/E.).

21. M. Mossé. Myxoidkrebs des Ovariums, Punction. Uterinblutung 15 Jahre nach Eintritt der Menopause.

(Progrès méd. 1877. No. 13. März 31. p. 252.)

Eine 67jährige Frau hat mit 52 Jahren die Menses verloren. Seit 5 Jahren bemerkt sie das Wachsthum einer Geschwulst im Unterleib. Bei ihrer Spitalaufnahme wird eine Ovariencyste erkannt und am 14. Juli 1876 die Punction vorgenommen, und 6 Liter Flüssigkeit entleert. 14 Tage hernach fand ein mässiger Blutabgang aus der Scheide statt und daneben Schmerzhaftigkeit der Brustdrüsen. Dieser Zustand, ähnlich dem bei der Periode, dauerte 3—4 Tage.

Die 2. Punction Ende September ergab 9 Liter, die 3. Anfang November 6 Liter. Anfang December 4. Punction mit nachfolgender Jodinjection. Ein Grund, warum diese veraltete Methode angewendet wurde ist nicht ersichtlich. 2 Tage hernach findet wieder ein Blutabgang statt ähnlich dem nach der 1. Punction. Im Anschluss an die Jodinjection entwickelt sich eine Peritonitis, die 9 Tage hernach zum Tode führte. Die Autopsie ergiebt, dass die vom linken Ovarium ausgehende Geschwulst aus 2 Theilen besteht, einer 14—15 Liter haltenden Cyste und einer soliden aus kleinen Knoten bestehenden Masse. Die Knoten sehen auf dem Durchschnitt frisch wie Sarcome aus, werden nach mikroskopischer Untersuchung als Myxoidkrebs bezeichnet. Adhäsionen fanden sich an der vorderen Bauchwand und in der Gegend der Gallenblase. Der Uterus und seine Umgebung boten nichts bemerkenswerthes.

Zum Schluss weist Verf. nochmals darauf hin, dass selbst bei Frauen, die schon lang die Menses verloren haben, chirurgische Eingriffe im Bereich des Ovariums eine so starke Congestion der Geschlechtstheile hervorrufen können, dass Blutung erfolgt. **Fehling** (Stuttgart).

22. Green. Retrouterines Sarcom mit Ausgang von der Vagina.

(Amer. journ. of obstetr. 1877. April. p. 287.)

Patientin ist 44 Jahr alt, hat normal geboren und war stets gesund, seit 2 Jahren gehen aus der Vagina fleischige Massen ab, der Coitus ist nur noch schwer auszuüben, die Vagina scheint verengt zu sein. Später geht nach jeder Menstrua-

tion dunkler Eiter ab, endlich trat Urinretention ein. Man entleerte den Urin und entdeckte dabei einen Tumor, der die ganze Beckenhöhle ausfüllte. Der Theil der Geschwulst, welcher in die Vagina ragte war hart, verdrängte die Portio nach vorn oben und schien in der Sacralhöhle fixirt. Man glaubte zuerst an einen grossen retrovertirten Uterus. Thomas diagnosticirte das Sarcom wegen des fötiden Ausflusses, der enormen Schmerzen und der starken Adhärenzen. Dasselbe vergrösserte sich immer mehr, die enormen Schmerzen brachten Patientin herunter und der Tod erfolgte an Urämie.

Bei der Section fand man den Uterus normal. Rechter Urether sackartig erweitert und in der Gegend des Os uteri obstruirt. Der Tumor füllte das ganze Becken aus, war überall adhärent, und maass 6″ im Durchmesser. Man konnte deutlich den Ausgangspunct von der Vagina und den Mangel eines Zusammenhangs mit dem Uterus beweisen. Die Geschwulst war ein Sarcom mit runden und hauptsächlich Spindelzellen. **Fritsch** (Halle a/S.).

23. **Curie.** Ueber die Behandlung des Krebses mit Essigsäure.
(Bull. gen. de ther. VI. 1877. März. 30. p. 277.)

C. will bei Brust–, Magen– und Uteruskrebs von Essigsäure (äusserlich) und von Kalk- oder Kali- acetat (innerlich, 2,0 täglich) Erfolge gesehen haben, wagt jedoch nicht zu behaupten, dass dieselben von Dauer seien, weil seine Erfahrung darüber noch nicht ausreiche. **Küstner** (Halle a/S.).

24. **Guichard.** Epitheliom des Uterushalses, geheilt durch interstitielle Injectionen einer 5% Chlorzinklösung.
(Annales de Gynécologie 1877. Febr. März.)

Eine 38jähr. Fabrikarbeiterin, welche 2 mal normal geboren hatte und seit 7 Monaten erkrankt war, zeigte bei ihrer Aufnahme in das Hospital zu Angers folgenden Genitalbefund: Vordere Muttermundslippe verdickt, Gewebe normal; Muttermund ein querer etwas geöffneter Spalt; von der hinteren Lippe in das Scheidelumen hineinragend ein etwa wallnussgrosses Blumenkohlgewächs. Scheidenwände frei, Uteruskörper beweglich, nicht vergrössert; Parametrien frei.

Es wurden nun in 5 Sitzungen, die je 5—6 Tage auseinander lagen, mittelst einer, der Pravaz'schen gleich construirten Spritze mit langer Kanüle, immer an 3 verschiedenen Stellen interstitielle Injectionen in die Geschwulst gemacht. Die Kanüle wurde 0,5—1 Ctm. eingeschoben und dann 0,20—0,30 Grm. einer 5% Chlorzinklösung eingespritzt. Im Ganzen wurden 3,50 Grm. der Lösung also 0,70 Zinkchlorat. verbraucht.

Nach der Zerstörung des Tumors, ungefähr nach 1 Monat, wurde die Wundfläche bis zur vollständigen Vernarbung, die nach ungefähr 3 Monaten eintrat, noch öfters mit der Aetzlösung bepinselt. Eine Reaction von Seiten der Adnexa des Uterus oder des Peritoneums ist nicht aufgetreten. Bis jetzt (1 Jahr) ist kein Recidiv erfolgt. **Schellenberg** (Leipzig).

Berichtigung. Zu dem Ref. über Rein: Exstirpation des schwangeren Uterus, pag. 99, ist zu bemerken, dass nach einer uns vorliegenden Schrift: »Della amputazione utero-ovarica come complemento di taglio caesareo pel Dottor Edoardo Porro. Milano 1876« von dem genannten Autor die Exstirpation des schwangeren Uterus bei Beckenenge nach vielen theoretischen Ueberlegungen und Discussionen mit glücklichem Erfolg ausgeführt ist. **Fritsch** (Halle a/S.).

Druckfehler. No. 8. p. 150 Z. 15 v. u. lies Jactation statt Lactation, No. 9 p. 163 Z. 4 v. u. lies als statt oder, p. 167 Z. 14 v. u. lies Marion Sims statt Marius Soron, p. 170 Z. 1 v. o. lies Störung statt Stockung.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S., an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Erster Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 10 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 11. **Sonnabend, den 18. August.** **1877.**

Inhalt: I. **Küstner,** Womit ist das untere Uterinsegment Schwangerer ausgekleidet? (Original-Mittheilung.)

1. **Bischoff,** Lebenszähigkeit. — 2. **Hayem,** Blut des Neugeborenen. — 3. **Turnipseed,** Der Hymen der Neger. — 4. **Pitot,** Stumpfer Haken. — 5. **Athill,** Vorträge über Frauenkrankheiten. — 6. **Berrusier,** Peritonitis. — 7. **Walsham,** Einführung der Hand ins Rectum. — 8. **Breisky,** Aetiologie der Ovariencysten. — 9. **Niemeyer,** Aerztlicher Rathgeber. — 10. **Ader,** Kindersterblichkeit in Frankreich. — 11. **Hecker,** Schädeltypus. — 12. **Morton,** Spina bifida. — 13. **Kjellberg,** Contractura ani. — 14. **Fleischmann,** Kieferrachitis. — 15. **Ritter,** Ophthalmoblennorhoe. — 16. **Delens,** Missbildungen.

17. **Guyot,** Colotomie. — 18. **Dusaussy,** Hernia obturatoria. — 19. **Wells,** Nabelstrangknoten. — 20. **Vanzetti,** 21. **Elischer,** Ovariotomie. — 22. **Pollak,** Splenotomie. — 23. **Péan,** Hysterotomie. — 24. **Malins,** Stieldrehung einer Ovariencyste. — 25. **Hausmann,** Aetzkali bei Sarcom und Carcinom. — 26. **Storch,** Myxom der Placenta. — 27. **Wilhelm,** Electricität gegen Hysterie. — 28. **Cormack,** Spina bifida. — 29. **Klein,** Aniridie. — 30. **Ramsford,** 31. **Möller,** Invagination. — 32. **Lelion,** Dacryocystitis.

I. Womit ist das untere Uterinsegment Schwangerer ausgekleidet, und wohin verlegt das Mikroskop den inneren Muttermund am graviden und puerperalen Uterus?

Vorläufige Mittheilung.

Von

Dr. **Otto Küstner,**

Docent und I. Assistent an der gynäkologischen Klinik in Halle a/S.

Eingehende Untersuchungen an sehr geeigneten Präparaten über die Auskleidung des unteren Uterinsegmentes, des Abschnittes vom Braune'schen Muttermund abwärts bis zum Müller'schen Ringe,

haben mich zur Ueberzeugung geführt, dass diese Partie primär zur Haftfläche für das Ei an keiner Stelle verwendet werden kann, mit einer Decidua im gewöhnlichen Sinne des Wortes nicht überkleidet ist. So sehr zwar die ihr angehörende Schleimhaut einer Decidua ähnelt, so unterscheidet sie sich doch wesentlich von der oberhalb des Braune'schen Muttermundes gelegenen ausser durch verhältnissmässige Dicke dadurch, dass sie auf der freien Fläche mit einem hochzelligen, schönen Cylinderepithel bekleidet ist. Die Drüsen sind verhältnissmässig eng, das interglanduläre Gewebe sehr massig. Das Cylinderepithel auf der freien Fläche sieht man nicht nur am hochgraviden sondern noch sehr gut und staunenswerth vollkommen erhalten nach der Geburt am puerperalen Uterus. Dieser Befund bestimmt mich die fragliche Schleimhaut nicht für Decidua, nicht für Mucosa des Corpus uteri, sondern für allerdings ebenfalls mit in den Process der allgemeinen Hypertrophie hineingezogene Schleimhaut der Cervix zu halten und glaube ich daher die Bandl'sche Theorie dahin corrigiren zu können, dass in der Gravidität ausser der Muskulatur und dem Bindegewebe auch noch die Schleimhaut von der Cervix bis zum Braune'schen inneren Muttermund in die Höhe wandert, dass eine wesentliche Verschiebung der Cervicalschleimhaut nach unten zu nicht stattfindet, dass mit anderen Worten der Braune'sche Muttermund auch für die Schleimhaut die Grenze des Corpus uteri nach unten, die des Cervicalcanals nach oben zu darstellt und dass das untere Uterinsegment Nichts weiter ist, als die obere faltenärmere Partie des Cervicalcanals. Uebrigens sind diese Verhältnisse auch schon bei makroskopischer Beobachtung wenn auch nicht sicher zu constatiren, so doch zu vermuthen; nur muss man sich hüten, die faltentragende Partie für die ganze Cervicalschleimhaut zu halten, die obere Hälfte derselben ist am geschlechtsreifen Organ fast faltenlos.

Detailuntersuchungen über diesen Gegenstand denke ich baldmöglichst zu geben. Es wird sich auf mikroskopischem Wege sonach erweisen lassen, dass diese obere Partie der Cervix (vom Braune-schen Muttermunde an abwärts) bereits in der Gravidität zum Uteruscavum verwendet, also der innere Muttermund schon vor dem Geburtsbeginn in der Regel bis zur Möglichkeit der Aufnahme eines Kindskopfes eröffnet wird.

Halle a/S., den 16. Juli 1877.

---

1. **Bischoff.** Ueber die Lebenszähigkeit des Fötus der Warmblüter.

(Pflüger's Archiv Bd. XV. p. 50.)

Mit Bezug auf den von Pflüger im XIV. Bd. bekannt gemachten Fall von Lebenszähigkeit des Herzens eines menschlichen Fötus erinnert Verf. an ähnliche schon vor langer Zeit von ihm bekannt

gemachte Experimente. So hat er den Herzcanal eines 10 Tage alten Hundeembryos noch 5 Stunden nach Herausnahme des Eis sich rhythmisch zusammenziehen sehen, ebenso bei Meerschweinchenembryonen 48 Stunden nach der Herausnahme, und zwar das letztere im Januar in einem nur Tags geheizten Zimmer.

Es liegt hierin ein Beweis, dass abgesehen von der Einwirkung des Centralorgans, des Blutes, der Athmung, die letzte Ursache für die rhythmische Thätigkeit des Herzmuskels in diesem selbst zu suchen sei. Mit Recht wünscht daher B. diese Thatsachen dem Gedächtniss der Fachgenossen zurückzurufen. **Fehling** (Stuttgart).

---

2. **M. G. Hayem.** Anatomischer Charakter des Bluts beim Neugebornen in den ersten Lebenstagen.

(Gaz. hebdom. 1877. No. 22. p. 346.)

Das Blut des Neugebornen ist beim Austritt aus den Hautcapillaren schwarz wie venöses. Die rothen Blutscheiben sind theils kleiner theils grösser als beim Erwachsenen, in Berührung mit Reagentien scheinen sie rascher Veränderungen einzugehen, als diese letzteren. Die Zahl derselben im Kubikmillimeter ist etwa so gross wie beim gesunden Erwachsenen, übertrifft also die bei der Mutter.

Der Zeitpunct der Unterbindung der Nabelschnur scheint von Einfluss zu sein, geschieht diese erst nach dem Aufhören jeglicher Pulsation so sind ca. 5576000 Blutkörperchen im Kubikmillimeter, bei sofortigem Abnabeln nur 5087000. Die färbende Kraft d. h. der Hämoglobingehalt soll so stark sein, wie beim Erwachsenen. Weisse Blutkörperchen findet man während der ersten 48 Stunden im Kubikmillimeter 18000 gegenüber den 5000 beim Erwachsenen. Zugleich mit der grössten Gewichtsabnahme des Neugebornen am 3. Tag constatirte Verf. die grösste Abnahme der weissen Blutkörperchen und eine Zunahme der rothen, mit der Gewichtszunahme vermehren sich dann wieder die weissen, vermindern sich die rothen Blutkörperchen. Derartige Schwankungen treten deutlich von einem Tag zum andern auf. **Fehling** (Stuttgart).

---

3. **E. B. Turnipseed.** Ein anatomischer Unterschied zwischen der Neger- und der weissen Race.

(Amer. journ. of obstetr. 1877. Jan. p. 32.)

Verf. behauptet, dass bei Negerinnen der Hymen nicht am Scheideneingang sondern $^1/_4$ oder $^1/_2''$ über dem Introitus sässe, ausserdem sei das Loch des Hymen gerade im Centrum. Zum Beweise werden 9 Fälle beschrieben, bei denen sich der Hymen bis $^3/_4''$ oberhalb des Scheideneingangs fand. Das Material waren grösstentheils Kinder von 8 Jahr an. Der Verf. hält die Bekanntschaft mit dieser Eigenthümlichkeit namentlich für den Gerichtsarzt nothwendig.

In der nächsten Nummer des genannten Journals sagt H. Otis

Hyatt (April 1877, p. 253), dass er durch die Untersuchung von 1000 Negerinnen belehrt die Behauptungen T.'s als falsch zurückweisen müsse.

Dagegen wieder führt Fort (p. 258) 6 Fälle an, in welchen eine Bestätigung der Ansichten T.'s gegeben wird.

Fritsch (Halle a/S.).

---

4. **Pitot.** Ueber Anwendung des stumpfen Hakens.

(Arch. de Tocol. 1877. Mai.)

Die Anwendung des stumpfen Hakens bei Steisslagen soll über Gebühr vernachlässigt worden sein, aus Furcht vor Verletzungen des Kindes, dadurch sei die Mortalität der Kinder bei diesen Lagen gestiegen. Verf. hatte nun selbst bei einem Fall von Steisslage bei verzögerter Geburt einer Ipara Gelegenheit, durch Anwendung des Instruments das Kind zu retten, allerdings mit Fractur des Oberschenkels, die jedoch gut heilte. Versuche an Leichen ergaben das Resultat, dass es fast unmöglich sei Verletzungen mit dem Haken zu machen, resp. die Diaphyse von der Epiphyse loszureissen, den Grund davon sucht Verf. in dem Widerstand der Weichtheile. Nach Entfernung aller schützender Weichtheile gab nun allerdings der Schenkel, wenn senkrecht zum Becken gestellt, bei 14—15 Kilo Belastung nach.

Ref. möchte hier an die Arbeit von Küstner erinnern (cfr. Centralbl. f. Gynäkologie No. 9) wonach die Maximalbelastung für den Femur 15—18 Kilo beträgt, wonach es ferner für Entstehung der Fractur hauptsächlich auf die Richtung des Zuges ankommt.

Verf. stellte sich demnach die Aufgabe, einen Haken mit Dynamometer zu construiren, der eine Kraft bis zu 14 Kilo entfalten lässt. Dieses Instrument, von dem Verf. 2 Abbildungen giebt, soll als eine Verlängerung des Fingers wirken, mechanisch und dynamometrisch, soll nur eine Kraft zulassen, die den Schenkel nicht brechen kann. Hierzu ist wohl zu bemerken, dass gerade die Küstner'schen Versuche zeigen, dass der Oberschenkel bei sehr verschiedener Belastung brechen kann, das Instrument wird also auch nicht vor Fracturen bewahren, sondern es wird stets die Sache des erfahrenen Operateurs sein wie bei der Zange zu ermessen, welche Kraft er anwenden darf, ohne dem Kind zu schaden. **Fehling** (Stuttgart).

---

5. **L. Athill.** Klinische Vorträge über Frauenkrankheiten.

(Dublin 1877. 4. Aufl.)

Verf.'s kurze Schrift soll keine systematische Abhandlung der Frauenkrankheiten sein, ebensowenig die Aetiologie und Pathologie derselben erschöpfend besprechen. Der Stoff ist hauptsächlich vom klinischen Standpunct aus betrachtet, und besonderer Werth auf Symptome und Behandlung der verschiedenen Erkrankungen gelegt.

Es erfüllt so seinen Zweck als handlicher Leitfaden für Studirende und junge praktische Aerzte. Verf. betont hauptsächlich einige

Behandlungsmethoden, wie sie nicht überall im Gebrauch sind; so besonders die Anwendung starker Salpetersäure zur Aetzung der Innenfläche des Gebärmutterkörpers und -Halses bei Blutungen, die von granulöser Entartung der Uterinschleimhaut u. s. w. herrühren. Auch nach der Entfernung eines Uterinpolypen mittelst des Ecraseurs will Verf. dieses Mittel auf die ganze innere Oberfläche anwenden, womit Ref. sich nicht einverstanden erklären kann. Zur Dilatation der Cervix wendet Verf. 3 — 8 Laminariastifte zusammen an, jeden etwa so lang wie die Uterinhöhle. Ferner hat Verf. in einer beträchtlichen Zahl von Blutungen, durch Fibroide bedingt, die Hildebrand'schen Ergotininjectionen gemacht, er findet am wirksamsten das Extr. Ergot. liqu. der britischen Pharmakopöe (hiervon 5 Tropfen in 15 Tropfen Wasser gelöst), wenn nöthig in steigender Dose. Ref. vermisst eine Erwähnung der Perimetritis, die selbst in einem kurzen Leitfaden nicht fehlen dürfte, während der Hämatocele pelv. wenigstens einige Zeilen gewidmet sind. Endlich erhöhen noch eine Anzahl mitgetheilter interessanter Fälle den Werth des Buches.

Underhill (Edinburg).

---

6. **Berrusier.** Beitrag zur Geschichte der traumatischen puerperalen Peritonitis.

(Revue méd. de l'est 1877. Bd. VII. Hft. 10—12.)

Verf. unterwirft die neuesten Arbeiten über traumatische und puerperale Peritonitis einer kritischen Besprechung. Seit der Publication von Netter (Injection d'eau dans la cavité peritonéale comme traitement de la péritonite aiguë. Paris et Nancy, Berger-Levrault) sind 3 neue bemerkenswerthe Arbeiten erschienen, denen er eine ältere von Ravaton (Chirurgie d'armée Paris 1768) zur Seite stellt, von Wegner, Burdon Sanderson und Fritsch. Er referirt ziemlich eingehend die Wegner'sche Arbeit »Chirurgische Bemerkungen über die Peritonealhöhle«, berührt kritisch indessen nur sehr wenige Puncte. Sehr auffallend ist ihm das Resultat der Wegner'schen Experimente, wonach die Peritonitis bei Bauchschnitten eine nur secundäre Rolle spiele, was nach seiner Ansicht sowohl mit den klassischen Ansichten über die Ursachen der traumatischen Peritonitis als mit den Erfahrungen der berühmtesten Ovariotomisten in Widerspruch steht. Ebenso laufe der Wegner'sche Satz, dass nicht die Micrococcen, sondern die chemischen Substanzen die Allgemeinerkrankungen veranlassen, der gewöhnlichen Anschauung entgegen. Dass man eine infectiöse Peritonitis durch Injection von chemischen Substanzen erzeugen kann, hat Burdon Sanderson gezeigt. Er injicirt einem Meerschweinchen eine Ammoniaklösung in die Peritonealhöhle, tödtet das Thier am nächsten Tage und injicirt das in der Bauchhöhle vorgefundene Fluidum 2 anderen Thieren in die Peritonealhöhle. Das 1. stirbt nach 6 Stunden, das 2. wird nach 24 Stunden getödtet, beide bieten starke Peritonitis dar, im

Exsudat des zweiten finden sich zahlreiche Micrococcen. Mit diesem werden zwei neue Thiere behandelt, beide sterben noch vor 24 Stunden, ein Theil des Exsudates von diesen wird darauf einem Hund injicirt, der nach 6 Stunden unter Erbrechen, Diarrhoen, Collaps stirbt. Hieraus folgt, dass chemische Substanzen intensive Peritonitis bewirken, die durch Uebertragung ansteckend wirkt.

Das Fieber ist das Resultat des localen Processes nicht das der Resorption, denn injicirte er direct ins Blut virulente Flüssigkeiten, so war das Fieber meist sehr gering. Die Uebertragung vermehrt also die entzündungserregende Eigenschaft. Hieraus ergiebt sich der therapeutische Grundsatz, die infectiösen Stoffe zu entfernen oder zu verdünnen. Diesem Grundsatz, fährt Berrusier fort hat bereits Ravaton im vorigen Jahrhundert gehuldigt. Derselbe liess Personen mit Bauchwunden so legen, dass das Secret ungehindert abfliessen kann. Zu demselben Zweck liess er einen Wundwinkel stets offen, dilatirte wenn nöthig, machte Gegenöffnungen, ja injicirte selbst Wasser in die Bauchhöhle, um die zersetzten Stoffe zu entfernen.

Auf demselben Princip basirt die Arbeit von Fritsch »Ueber das Puerperalfieber und dessen locale Behandlung«. Auf die Frage von Fritsch »Wird wohl Jemand den Muth haben bei dem Gedanken an eine septische Peritonitis rein prophylaktisch den Bauch aufzuschneiden?« hat nach Verf. Köberlé bereits 1867 die Antwort gegeben, als er bei einer Peritonitis das Abdomen öffnete, 150 Grm. röthliche Flüssigkeit entfernte und wieder zunähte, worauf die Patientin genas. Aus den Schlusssätzen der Arbeit geht hervor, dass Verf. ebenfalls für die locale Therapie eingenommen ist. Endlich schlägt er Thierexperimente vor behufs weiterer Prüfung der Frage der Behandlung der traumatischen und puerperalen Peritonitis auf localem Wege. **Runge** (Strassburg i/E.).

---

7. **W. J. Walsham.** Bemerkungen über Einführung der ganzen Hand ins Rectum.

(St. Bartholom. Hosp. Reports 1876. Vol. XII. p. 223.)

Diese diagnostische Untersuchungsmethode hat bis jetzt in England wenig Verbreitung gefunden, auch sind Erfahrungen über ihre Anwendung bisher noch nicht veröffentlicht.

Zuvörderst machte Verf. einige Versuche am Cadaver und fand, dass er nach dem Tode in allen Fällen leicht seine Hand ins Rectum einführen konnte, allerdings wurden die betreffenden Gewebe dabei etwas verletzt.

In mehreren Fällen wurde die Hand im Beckeneingang aufgehalten, durch Fixirung der Gedärme gegen die Umschlagsstelle des Peritoneums ans Becken. In anderen Fällen konnte er bis zum unteren Ende des Colon descendens vordringen.

Es folgt die Geschichte von 4 Rectaluntersuchungen an Lebenden.

1. Ein Mann stand im Verdacht an Nierensteinen zu leiden.

Die Hand wurde ohne Schwierigkeit in die Flexura sigmoidea eingebracht und das untere Ende der linken Niere gefühlt, es liess sich jedoch kein Stein entdecken. Pat. litt nur einige Stunden an Schmerzen im After.

2. Eine Frau litt an Verstopfung. Die Hand gelangte bis zum Beckeneingang und wurde dort durch Eingeweide in der oben besprochenen Weise aufgehalten. Es folgte keinerlei Nachtheil auf die Untersuchung. Bei dem bald darauf erfolgten Tod fand sich eine carcinomatöse Strictur der Flex. sigmoidea.

3. Patientin, eine Frau, litt ebenfalls an einer Darmverschliessung zweifelhaften Ursprungs. Die Hand gelangte bis in die Flex. sigmoid., konnte aber keine Ursache für die Verstopfung herausfinden. Der Sphincter wurde nicht verletzt, es folgten keinerlei schlimme Erscheinungen. Tod 10 Tage hernach. Autopsie nicht gestattet.

4. Abermals Strictur im obern Theil der Flex. sigmoid. Die Hand konnte jedoch nicht hoch genug gelangen, um diesen Zustand zu erkennen, da der obere Theil des Rectums verengt war in Folge des oben erwähnten Peritonealumschlags.

Es ist sehr wichtig zu erfahren, ob dieser Umschlag der Eingeweide als Regel in der Mehrzahl der Fälle vorhanden ist, da es ernstlich den Werth dieser Untersuchungsmethode stört. Verf. fasst seine Resultate in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Hand kann, wenn klein, bei Mann und Frau ins Rectum eingeführt werden, ohne Gefahr der Zerreissung des Sphincter oder Incontinenz der Fäces.

2. Die Dilatation des Sphincter soll gradweise erfolgen.

3. Es folgt kein Schmerz oder Nachtheil dieser Methode.

4. Nach Passirung des Sphincter soll die Hand den Windungen des Darms durch eine halbe Drehung vorsichtig folgen.

5. Häufig kann die Hand bis in die Flex. sigm. gelangen, in seltenen Fällen sogar bis ins Col. descendens.

6. Sollte die Hand zwischen 1. und 2. Dritttheil des Rectum eine Strictur finden, so darf keine Gewalt angewendet werden, damit nicht das Bauchfell, das hier vom Darm sich abhebt, zerrissen wird.

Underhill (Edinburg).

---

8. **Breisky.** Zur Aetiologie der Ovariencysten.

(Prager med. Wochenschr. 1877. Nr. 12.)

B. macht in einem Vortrag im Verein der Aerzte zu Prag darauf aufmerksam, dass patholog. anatomische Forschungen das Vorhandensein präformirter Räume in den Ovarien als bedeutungsvoll für die Entstehung von Cysten nachgewiesen haben, und erinnert daran, dass Scanzoni auffallend häufig Ovariencysten bei früher chlorotischen Frauen sah. Er ist geneigt anzunehmen, dass ein Ausbleiben des Platzens des Follikels in manchen Fällen den Anlass gebe. Anknüpfend daran berichtet Verf. einen Fall, wo er nach chronischer Oophoritis und Perioophoritis im Lauf eines Jahres die

Entwicklung eines kindskopfgrossen Tumors aus einem hühnereigrossen verfolgen konnte. Dieser Fall unterstützt die Ansicht von Klebs, dass bei der menstruellen Schwellung wegen der durch die Entzündungsvorgänge bewirkten Verdichtung der oberflächlichen Gewebsschichten eine grössere Flüssigkeitsvermehrung in den Follikeln entstehe. **Fehling** (Stuttgart).

---

9. **P. Niemeyer.** Aerztlicher Rathgeber für Mütter.

Stuttgart, **J. Engelhorn,** 1877.

Vorliegende Schrift ist nicht, wie Ref. zuerst selbst gefürchtet, ein »Boćk« in neumodischem Gewand, sie will nicht Krankheit zu erkennen und zu heilen lehren, sondern zu verhüten, vornehmlich durch gesundheitsgemässe Pflege und Ernährung der Neugebornen, Säuglinge u. s. w. In dieser Richtung kann jeder Arzt das Buch seinen mit Kindern gesegneten Pflegbefohlenen beruhigt in die Hände geben, zumal es denselben im Kampf gegen die oft so schädliche Hebammen- und Muhmenweisheit kräftig unterstützt. Dass Licht und Luft eine grosse Rolle spielen entspricht den Grundsätzen des als Gesundheitslehrer bekannten Verf's. In vielen Puncten geht er jedoch zu weit: so will er eine sonst gesunde Entbundene am 2. Tag am offenen Fenster sitzen und leichte Gehversuche machen lassen, verwirft stärkende Kost in Gestalt von Fleisch, Eiern, Wein u. s. w. für Wöchnerinnen, ebenso alle künstliche Surrogate bei der Kindererernährung. Durch Ausmerzung dieser und ähnlicher mit der praktischen Erfahrung nicht in Einklang zu bringender Puncte könnte das Buch nur gewinnen. **Fehling** (Stuttgart).

---

10. **Despaux Ader.** Ueber die Ursachen der excessiven Kindersterblichkeit in Frankreich.

(Progrès méd. 1877. No. 15.)

Dieser interessanten Statistik entnehmen wir folgende Zahlen. Im Jahr 1789 hatte Frankreich auf 25 Millionen Einwohner 963000 Geburten, 1869 auf 38 Millionen 999000. Von 1800—10 kommen in Frankreich 3,19 Geburten auf 100 Einwohner, 1861—68, 2,66, 1871 gar nur 2,26. Neben dieser Verminderung der Geburten geht einher eine vermehrte Kindersterblichkeit, die nach den angegebenen Zahlen grösser ist als die von England und Belgien, aber noch kleiner als die von Bayern. Hand in Hand damit geht eine Vermehrung der unehelichen Geburten. Im Jahre 1873 kommt eine uneheliche Geburt auf 13,65 Geburten überhaupt, im Seinedépartement aber 1 : 1,75. Von 100 ehelichen Kindern starben 13,36 im 1. Lebensjahr, von ebensoviel unehelichen 35,32. Endlich hat sich die Anzahl der Todtgebornen bedeutend vermehrt, die 1 : 28 beträgt, in Marseille sogar 1 : 17,75 Geburten, in Paris 1 : 12,1. Verf. wirft hier die Frage auf, wie viele solcher Todtgeburten auf Verbrechen zurück-

zuführen sind. Verf. sprach daher für die Wiedererrichtung von Findelanstalten (tours), da es besser sei, dass die Kinder von den Müttern verlassen als getödtet werden, in zweiter Linie für wirksame Unterstützung der unehelich Entbundenen, damit sie ihre Kinder selbst stillen können. **Fehling** (Stuttgart).

---

11. **v. Hecker.** Ueber den Schädeltypus der Neugebornen.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XI. Hft. 2. p. 348.)

Um zu beweisen, dass primär verschiedene Typen des kindlichen Schädels vorkommen, und dass nicht etwa eine einzige Form als typisch angesehen werden muss, liefert der Verf. die Abbildung und Beschreibung zweier Schädel, welche von Steisslagenkindern stammen. Beide Schädel sind exquisit dolichokephal, und weichen deshalb sehr erheblich von der für Steisslagen charakteristisch angesehenen Form, dem brachykephalen Schädel, ab. Nach derartigen Beobachtungen kann selbstverständlich die Behauptung, dass die individuelle Schädelform sich wahrscheinlich erst später ausbilde, nicht als richtig angesehen werden.

Die ganz gleiche Beobachtung machte Ref. (cfr. Klinik der geburtsh. Operationen II. Aufl. pag. 110 und die Abbildung Taf. V. Fig. 1). **Fritsch** (Halle a/S.).

---

12. **J. Morton.** Eine neue Methode der Behandlung der Spina bifida.

(Glasgow 1877.)

Das Werk enthält eine Aufzählung sämmtlicher vom Verf. nach seiner Methode behandelten Fälle, Bemerkungen über dieselbe und Contraindicationen der Anwendung. Sie besteht in Ausziehen der Hälfte des flüssigen Inhalts aus dem Sack und Einspritzungen von 0,02 bis 0,08 einer Lösung, die aus 0,6 Jod, 1,8 Kal. jod. und 30,0 Glycerin besteht. In Verf's eignen Händen war diese Behandlung sehr erfolgreich, indem sämmtliche Fälle heilten. Von 15 von Verf. u. a. zusammengestellten Fällen waren 12 von Erfolg, 3 starben, jedoch aus Ursachen, die nicht mit der Operation zusammenhängen.

Underhill (Edinburg).

---

13. **A. Kjellberg.** Ueber Contractura ani bei Kindern.

(Nordisk Med. Arkiv. 8. Bind. No. 26.)

Den Namen Contractura ani zieht Verf. als das wesentlichste Hauptsymptom angebend dem der Fissura ani vor. Mit Unrecht ist diese Krankheit selbst in den Lehrbüchern der neueren Zeit als selten bei Kindern genannt worden. Dem entgegenstehenden Ausspruche von Gautier und Abelins schliesst sich Verf. nach den von ihm aufgestellten Zahlen an. Unter 9098 in 6 Jahren (1871—76) poliklinisch behandelten Kindern kam das Leiden bei 128 vor, am häufig-

sten im ersten Lebensjahre und namentlich in den ersten vier Monaten. — Die Contractur kann angeboren sein, und hat ihren Sitz im Bereich des äusseren oder am häufigsten in dem des inneren Sphincters; von der Geburt an ist Obstipation vorhanden, am inneren Sphincter wird die Contractur wie ein Ring 1—2 Ctm. über der Analöffnung gefühlt, welcher der forcirten Dilatation leichter nachgiebt, als der Sphincter ext. Die erworbene Contractur hat immer ihren Sitz an letzterem. Wenn, wie es häufig der Fall, daneben Fissur vorhanden ist, wird die Entscheidung nicht immer möglich sein, welches Leiden primär und welches secundär sei, jedes kann für sich bestehen, die Contractur aber ist das Hauptleiden das behandelt werden muss. Der Stuhlgang ist nicht nothwendig hart, auch bei chronischem Intestinalkatarrh tritt Contractura ani auf, der Katarrh bedingt eine Irritation des Schliessmuskels und Contractur folgt, dieselben Folgen können Erosionen und Fissuren am After haben. Rücksichtlich der Behandlung erklärt sich Verf. unbedingt für die forcirte Dilatation nach Maisonneuve. Diese Behandlung ist schnell, sicher und gefahrlos. Der eingeölte Zeigefinger wird in seiner ganzen Länge eingeführt und nach einigen Secunden zurückgezogen, darin besteht die Behandlung, Chloroform ist unnöthig, die geringe Blutung wird durch Kälte gestillt und in den nächsten Tagen Abführmittel gegeben. Ein durch solche allein und längere Zeit hindurch vergebens behandelter schmerzhafter Zustand des Kindes wird durch diese kleine Operation sofort gehoben. **Ingerslev** (Kopenhagen).

---

14. **L. Fleischmann.** Ueber Kiefer-Rachitis und deren Einfluss auf das Milchgebiss.

(Wiener med. Presse 1877. No. 13, 14, 15 und 16.)

In dem Aufsatze Dr. Fl.s »über den ersten Zahndurchbruch des Kindes« wurden die Verhältnisse bei Kiefer-Rachitis schon besprochen. Es giebt einen gemeinsamen rachitischen Typus. Am Unterkiefer besteht dieser darin, dass die Längsaxe desselben verkürzt, die Schneidezähne geradlinig angeordnet sind. Die Kieferseitentheile zweigen vom Mitteltheile unter einem stumpfen Winkel ab, die Backenzähne convergiren, die Eckzähne sind mit ihrer einen Schneide scharf nach vorn gestellt und diese liegt mit der äusseren Kronenkante der Backenzähne in einer geraden Linie. Am Oberkiefer erscheinen die Schneidezähne nicht in einer geraden frontalen Stellung angeordnet, sondern sie nehmen eine ziemlich seitliche Stellung ein. Den später kommenden Eckzähnen gebricht es an Raum, daher die doppelreihige Anordnung. Ursache der erwähnten Formveränderung sind Muskelzug und die mangelnde Knochenanbildung an der vorderen Kieferwand.

Die Kiefer-Rachitis hat in einzelnen Fällen, wo ausser Craniotabes kein anderes Symptom von Rachitis vorhanden ist, für die Diagnose derselben grossen Werth. **Bandl** (Wien).

---

15. **v. Ritter.** Ueber Ophthalmoblennorrhoë der Neugebornen.

(Prager med. Wochenschrift 1877. No. 6.)

Anknüpfend an eine Publication des Professor Schiess in Basel betreffs Blennorrhoë der Neugebornen betont Verf. demselben gegenüber, dass denn doch Infection in der Vagina nicht das einzig ätiologische Moment darstelle, dass z. B. ca. $^1/_5$ der Fälle erst nach dem 8. Lebenstag erkranken. Auch in der Behandlung warnt er vor der zu energischen Anwendung der Kälte als gefährlich wegen der geringen Vitalität der Organe beim Neugebornen, empfiehlt dagegen nach seiner reichen Erfahrung besonders Lapis mitigatus zur Aetzung. Luton (Union med. 30. Apr. 1877) empfiehlt Tinct. Jodi 1,0 Aqu. 20,0, 4—6 mal täglich einträufeln. **Fehling** (Stuttgart).

---

16. **Delens.** Missbildungen des Hymen in Beziehung zur gerichtlichen Medicin.

(Ann. d'hyg. publ. et de méd. leg. 1877. Mai.)

D. weist auf die Wichtigkeit gewisser Eigenthümlichkeiten des Hymen in gerichtsärztlicher Beziehung hin. Bei einem Mädchen von 13 Jahren fand sich ein straffes Hymen mit einer ausserordentlich kleinen Oeffnung, deren grösster Durchmesser 1 Millimeter betrug. Die Vulva, besonders die hintere Commissur trugen deutliche Spuren stattgehabter Nothzucht. Der mit einer so minimalen Oeffnung versehene Hymen hatte offenbar dem andringenden Penis ähnliche Schwierigkeiten bereitet, wie ein die Scheide total verschliessender. Zwei andere Personen boten Hymen mit je zwei getrennten kleinen Oeffnungen (biperforé), welche einmal je zwei, im anderen Fall je 7—8 Millimeter im grössten Durchmesser zeigten. Im letzten Fall hatten eingestandenermassen wiederholte Beiwohnungen stattgefunden, ohne dass eine Spur eines Einrisses zu constatiren war. Das intacte Bestehen derartiger Hymen ist daher kein Beweis, dass eine männliche Beiwohnung nicht stattgefunden hat. Der Gerichtsarzt muss daher, um sich vor falschen Schlüssen zu bewahren, der eventuellen Existenz einer derartigen Bildung des Jungfernhäutchens seine ganze Aufmerksamkeit schenken. **Runge** (Strassburg i/E.).

Casuistik.

17. **Guyot.** Ein Fall von Colotomie.

(Lyon med. Bd. XXIV. No. 15. p. 524.)

Eine Frau, 36 Jahr alt, welche bisher gesund war und 5 Kinder geboren hat, ist seit 2 Jahren kränklich. Jetzt fehlt seit circa 50 Tagen der Stuhlgang, seit 1 Monat Kothbrechen. Der Leib ausgedehnt, schmerzhaft, ist von harten Tumoren angefüllt, welche man für Scyballa hält. Nachdem Purgantien sich als wirkungslos erwiesen, wurde die Colotomie nach Amussat gemacht, d. h. die Operation, bei welcher man von der Seite der Wirbelsäule aus, mit Schonung des Peritoneums,

das Colon zu erreichen sucht. Die Operation bringt keine Erleichterung, hat aber auch keine Verschlimmerung z. B. Fieber im Gefolge. Nach 8 Tagen tritt Meteorismus und Tod ein. Bei der Section fand sich Carcinose des Darmes und des Peritoneum, die anderen Unterleibsorgane dagegen sind frei von Krebs. Das Peritoneum war nicht verletzt, die Wunde ist nicht entzündet.

Zum Schluss weist Verf. darauf hin, dass die Differentialdiagnose zwischen Scyballis und Carcinose Schwierigkeiten machen kann, und dass die Amussat'sche Colotomie eine verhältnissmässig ungefährliche Operation sei.

Fritsch (Halle a/S.).

18. **M. Dusaussy.** Einklemmung einer Hernia obturatoria.

(Progrès med. 1877. März 24. No. 12. p. 230.)

Eine 50jährige Frau hat seit 8 Tagen keinen Stuhlgang mehr gehabt, dagegen hat sich Erbrechen und stetig zunehmender Kräfteverfall eingestellt. Sie hatte ein linksseitiges Bruchband getragen, doch war nicht festzustellen weswegen und wie lang. Die objective Untersuchung ergab absolut nichts. Die Patientin erhielt Ol. Ric., starb jedoch am Tag nach der Aufnahme ins Spital. Bei der Autopsie fand sich eine Dünndarmschlinge im Canalis obturatorius — fest angewachsen im Bruchsack.

Fehling (Stuttgart).

19. **S. Wells.** Knoten des Nabelstrangs.

(Bost. med. and surg. Journ. 1877. Mai 10.)

Eine Vpara spürte am Anfange der Austreibungszeit eine ausserordentlich lebhafte Bewegung des Kindes, dieselbe hörte bald auf und nach 1 Stunde wurde das Kind todt geboren. Es fand sich ein echter vollständig zugeschnürter Knoten der 4′ 10″ langen Nabelschnur. Dieselbe war ausserdem um den Rumpf und die Beine des Kindes gewunden. Wahrscheinlich entstand hier der Knoten durch Durchschlüpfen des Kindes durch eine Schlinge im Anfang der Austreibungszeit.

Fehling (Stuttgart).

20. **C. Vanzetti.** Fall von Ovariotomie.

(Lo Sperimentale 1877. No. 4 u. 5.)

Corradi operirte eine 27jährige Frau, welche schon 15 Punctionen überstanden hatte. Ascites war lange vorher diagnosticirt worden. Bei der Operation fand man, dass mehrere kleine Cysten des multiplen Cystoms geborsten waren. Keine Adhäsionen. Peritoneum dick, weisslich, zeigte an vielen Stellen einen grau-weisslichen dünnen Belag. Clamp. Keine Drainage des Douglas'schen Sackes. — Die Operirte, die in den ersten Tagen sehr wohl schien, starb am 14. Tage angeblich an Miliaria (!), offenbar aber an Peritonitis und Pyämie.

Liebmann (Triest).

21. **J. Elischer.** Beitrag zur Ovariotomie, anknüpfend an einen mit Darmverletzung complicirten Fall.

(Orvosi hetilap 1876. No. 25. ungarisch.)

Verf. hatte gelegentlich seines Besuches im Londoner Chelsea Hospital einer Ovariotomie beigewohnt, die von den DDr. Chambert und Barnes gemeinschaftlich vorgenommen wurde, und deren Complication als eine der selteneren nicht ohne Interesse sein dürfte.

Der Fall betraf eine ziemlich reducirte 37jährige Person mit multipler Cyste des linken Ovariums mit vielen Adhäsionen. Die Operation wurde unter Lister's Spray, doch ohne weitere antiseptische Cautelen ausgeführt, der ziemlich lange Stiel in eine Klammer gefasst. Bei Reinigung der Bauchhöhle konnte trotz gewissenhaftester Unterbindung aller Adhärenzen und emsigen Nachforchens die Blutung nicht gestillt und deren Quelle nicht aufgefunden werden. Endlich entdeckte man mit Hülfe eines Reflectors die hellblutende Stelle, es war ein etwa 1.5 Ctm. langer 0.5 breiter zackiger Substanzverlust im Dünndarm. Da die Stelle ziemlich hoch gelegen, so dass an eine zu etablirende Dünndarmfistel nicht recht gedacht werden konnte, die Langwierigkeit des Aufsuchens auch die Operation

zu sehr in die Länge zog, so nähte Chambers »schlicht und recht« mit einigen Catgutfäden die Oeffnung zu, worauf die Toilette des Peritoneums zu Ende geführt werden konnte. Der Heilungsverlauf war, trotz eines Hautabscesses in den Bauchdecken, ein sehr günstiger. Am 6. Tag nach der Operation auf eröffnende Pillen eine reichliche Defäcation, ohne Schmerz oder sonstige Reaction. Die Kranke verlässt am 19. Tage das Spital.

Die Literatur weist sehr wenig ähnliche Fälle auf. Hierher gehört der von Lyon (Glasgow med. Journ. 1868) wo ein Anus praternaturalis gebildet wurde, der aber trotz energischer Nachbehandlung nach einem Jahre noch nicht geheilt war. In Keith's (ibid. 1869. No. 2.) Falle handelt es sich um eine nach Ovariotomie nachträglich (nach 15 Monaten) entstandene Darmfistel, die auch jeder Heilung trotzte. Aehnliche Fälle theilen mit Spencer Wells (No. 86 des ersten Hunderts), Atlee (Amer. Journ. of med. scienc. 1872. p. 409), Hennig (Arch. für Gynäkologie Bd. III. p. 287), in denen es sich zumeist um vermeintliche Dünndarmfisteln mit Ausbruch in der Stielnarbengegend handelt. Endlich gleicht dem mitgetheilten zumeist der von Ch. Heath (Lancet 1871. März No. 4. u. 11.) Hier fand direct die Verletzung durch die Scheere beim Erweitern des Bauchschnittes statt; es wurde ein Anus präternaturalis gebildet, dessen nachträgliche Heilung durch Operation geplant war; doch ist der Ausgang nicht veröffentlicht.

(Sowohl der Catgutnaht als auch dem Spray wurde in unserm Falle die Heilung zugeschrieben.)

Im Uebrigen spricht der Fall deutlich gegen die extraperitoneale Stielbehandlung und für die Ungefährlichkeit der Versenkung von Ligaturen auch ausser den Stielpartien. **Elischer** (Budapest).

22. **J. Pollak.** Riesiger Tumor der Milz. Splenotomie. Tod.

(Orvosi hetilap 1877. No. 20. ungarisch.)

Verf. theilt einen von Fuchs ausgeführten Fall von Splenotomie mit. Der Tumor, in Folge Malaria entstanden, wog 5790 Grm. Die 40jährige Patientin erlag nach 18 Stunden, höchst wahrscheinlich an Störungen im Kreislauf, da in dem sonst gesunden Pericardium ein riesiger Hydrops bei der Section nachgewiesen wurde. Es ist dies der 9. Fall von Splenotomie in der Literatur.

Elischer (Budapest).

23. **Péan.** Hysterotomie.

(Académie de médecine. Séance de 20. mars 1877. Gaz. obstetr. 1877. No. 7.)

P. referirt über 33 von ihm ausgeführte Hysterotomien. Dieselben vertheilen sich folgendermassen:

1) Fibrome des Uterus 21 Fälle, darunter 14 Heilungen.
2) Fibrocystom 6 Fälle und 4 Heilungen.
3) Uteruscystom 4 Fälle, 3 Heilungen.
4) Cystisches Carcinom des Uterus: 1 Fall, welcher stirbt.

Schellenberg (Leipzig).

24. **E. Malins.** Punction einer Ovariencyste als Ursache der Stieldrehung.

(Lancet 1877. April 14.)

Im vorliegenden Fall wurde die Ovariotomie 14 Tage nach der Punction gemacht, welch letztere der Patientin grosse Erleichterung gewährt hatte. Die Cyste fand sich 2 Mal um sich selbst gedreht, Gangrän war im Beginn. Bei der Punction war die Flüssigkeit klar und lymphähnlich gewesen, die bei der Operation in der Cyste enthaltene sah wie Portwein aus. Wahrscheinlich fiel nach der Punction die Cyste zusammen und nach rückwärts zwischen die Eingeweide, die Drehung begann ganz allmälig, da sie keine Erscheinungen machte. Die frischen Adhäsionen, die sich vorfanden, waren vielleicht ein Versuch der Natur die Cyste, deren Blutzufuhr abgeschnitten war, auf andere Weise zu ernähren. Patientin genas.

Underhill (Edinburg).

25. **Hausmann.** Einige Versuche über die Wirkung des Aetzkali auf die Krebse und Sarcome.

(Berl. klin. Wochenschrift 1877. No. 17.)

In dieser »vorläufigen Mittheilung« bespricht Verf. eine Reihe von Versuchen über die Einwirkung verschieden concentrirter Aetzkalilösungen bei verschiedenen Temperaturgraden vorzugsweise auf Epithelialcarcinome des Uterus und auf Scirrhus der Mamma.

»Die Einwirkung des Aetzkali bekundet sich an dem Gebärmutterkrebs durch Infiltration der gallertig werdenden Peripherie, welche sich proportional der Dauer des Versuches immer mehr ablöse und deren tiefere, aber schon gallertig infiltrirte Lagen mikroskopisch ein zusammenhängendes Verblassen der Krebszellen und ihres Gerüstes wahrnehmen lassen.«

Es bleibt schliesslich ausser zahlreichen Krystallen, Detritus, Fett, nur noch etwas gequollenes Binde- und elastisches Gewebe zurück. Auf den Scirrhus der Mamma ist die Einwirkung eine viel geringere, auf Sarcome dagegen viel intensiver und rascher als bei den Carcinomen.

Verf. verspricht Belege und Angaben über die praktische Verwerthung dieser Versuche in einer ausführlichen Arbeit zu bringen.

Schellenberg (Leipzig).

26. **D. Storch.** Einige Fälle vom sogen. partiellen Myxom der Placenta.

(Nord. med. Arkiv 1876. Bd. VIII.)

Folgender seltene Fall wird vom Verf. beschrieben. An der fötalen Fläche einer 1400,0 schweren Placenta war eine halbkugelförmige Geschwulst, beinahe die Hälfte der Fläche einnehmend, 14 Ctm. im Durchmesser, 9 Ctm. hoch, unmittelbar unter dem gespannten und verdünnten Chorion eingebettet. An der Stelle, wo zwei grosse Placentargefässe in die Geschwulst hineindringen, geht vom Chorion ein Villusstamm von kolossalen Dimensionen ab, 12 Mm. im Durchmesser, der mit seinen Verästelungen von 2. und 3. Ordnung in allen Richtungen in die Geschwulst hinausstrahlt. Diese selbst besteht aus einer grossen Zahl kleinerer Geschwülste von Erbsen- bis Wallnussgrösse, von ungewöhnlich fester Consistenz. Von einander getrennt zeigen sich die Geschwülste längs der Verästelungen des grossen Villusstammes gruppirt. Die ganze Geschwulst wird somit aus einem kolossal hypertrophischen und eigenthümlich verwandelten Villusstamme gebildet, während aber einige Verästelungen ganz und gar in unregelmässigen Conglomeraten von Geschwülsten eingebettet sind, verhalten andere sich normal, man sieht daher Schichten normalen Placentargewebes zwischen den einzelnen grösseren Knoten. Auch im übrigen anscheinend normalen Gewebe der Placenta zeigten sich dicht unter dem Chorion kleine kolbenförmige, stecknadelkopf- bis erbsengrosse Anschwellungen der Zotten, eine der grossen Geschwulst analoge Umbildung. Die Geschwülste waren entstanden durch eine Hyperplasie des centralen schleimigen und vasculären Gewebes der Chorionzotten, nebst excessiver Zellenneubildung in demselben, keineswegs Spuren eines retrograden Processes. Der Name »Myxoma fibrosum« ist nicht correct, es müsste celluläre Hypertrophie oder Hyperplasie heissen. Es ist wahrscheinlich ein Irritationsprocess von der Uterinschleimhaut ausgehend, analog der Placentarsyphilis Fränckel's, aber sich zu dieser wie ein Granulom zu einem Ulcus verhaltend. Die krankhafte Beschaffenheit der Uterinschleimhaut verursacht wohl Abortus, daher die grosse Seltenheit solcher Geschwülste. In den Abortiveiern von den ersten Monaten finden sich nicht selten die Zotten im Anfangs-Stadium der Krankheit, während das Myxoma fibrosum nur in den letzten Schwangerschaftsmonaten beobachtet ist.

Hiervon wesentlich verschieden ist der Zustand der Chorionzotten bei den Blasenmolen. Verf. beschreibt 2 Fälle vom sogen. partiellen Myxom, die zur Erklärung dieser Frage dienen. Der erste Fall, ein Abortivei im 3. Monat, zeigt die Zotten überall krankhaft verändert mit vielen ampullenförmigen Ausdehnungen. Die pathologische Veränderung bestand in einer Hyperplasie mit cystoider Um-

wandlung der vom Chorion stammenden Scheide der Zotten, während das centrale Schleimgewebe (von Allantois herrührend) um die Gefässe herum wenig entwickelt war. — Der zweite Fall betrifft die Placenta eines beinahe ausgetragenen Kindes, die Zotten zeigten an einer einzelnen Stelle eine myxomatöse Umänderung. Nähere Untersuchung zeigte, dass es eine Zwillingsplacenta war, wo das eine krankhafte Ei einen Theil des Mutterkuchens des gesunden Eies bildete. Das kranke Ei war zusammengedrückt, die Wände berührten sich, in den Zotten desselben fanden sich weder Spuren der Vascularisation noch des Schleimgewebes, sie waren nur vom hyperplastischen Bindegewebe des Chorion gebildet. Es war kein Fötus, keine Nabelschnurreste, obwohl die Eihöhle dem Anfang des 5. Schwangerschaftsmonats entsprach. — Dieses Ei war ein Zeugniss der grossen Vitalität der Eihäute, besonders der Zotten, lange nach dem Verschwinden des Fötus, ein Verhältniss, dessen Häufigkeit Verf. bei der Untersuchung einer grossen Zahl von Abortiveiern beobachtet hat. Durch krankhafte wahrscheinlich sehr frühe Veränderungen geht der Embryo zu Grunde, und das peripherische Wachsthum und Hyperplasie des Eies geht unabhängig von der Existenz des Fötus weiter fort, daher die Unmöglichkeit von der Grösse des Eies das Alter desselben zu bestimmen in Fällen von Retention von Aborten. — Dass die Uterinschleimhaut nicht allein Ursache solcher myxomatösen Degeneration sei, geht vom letzterwähnten Fall hervor, wo das andere Zwillingsei vollständig normal war.

Ingerslev (Kopenhagen).

27. **Wilhelm.** Behandlung der Hysterie mit Electricität.

(Pester med. chirurg. Presse 1877. No. 19.)

Ein 18jähriges sonst gut entwickeltes Mädchen hatte noch keine Menstruation gehabt, sie litt an hystero-epileptischen Zufällen abwechselnd mit schlafähnlichem Zustand. Bei dieser war fünfmalige Anwendung der Electricität mittelst einer faradischen Sonde, durch die Verf. einen starken secundären inducirten Strom gehen liess, von Erfolg. Es traten die Menses zweitägig und von da an in regelmässigen Zwischenräumen ein, die Anfälle blieben aus.

Ueberhaupt empfiehlt Verf. die Galvanisirung und Faradisirung bei hysterischen Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen, die letztere bei Anästhesie, die erstere bei hysterischen Contracturen, wofür er einen interessanten Fall als Beleg anführt.

Fehling (Stuttgart).

28. **Cormack.** Spina bifida mit Jodglycerineinspritzung behandelt.

(Brit. med. Journ. 1877. Juni 30.)

Bei einem mit Spina bifida behafteten in Steisslage geborenen Kind hatte die Hebamme den auf dem Kreuzbein aufsitzenden Sack für die Eihäute gehalten und gesprengt. Am 4. Tag wurde in denselben 4 Grm. einer Jodglycerinmischung (1:22) eingespritzt, der Sack verkleinerte sich allmälig, Heilung nach 3 Wochen.

Der 2. Fall betraf ein 48 Stunden altes Kind mit Lähmung der unteren Extremitäten. Nach Injection der Jodglycerinlösung erfolgte ein Collaps, von dem sich das Kind erholte. Bei einer zweiten Injection starb das Kind plötzlich $^1/_2$ Stunde nach der Einspritzung. Die Autopsie wies den Zusammenhang des Sacks mit dem Spinalcanal nach. Im ersten befanden sich reichlich Blutgerinnsel. Wahrscheinlich war der Tod durch Verletzung einer Vene erfolgt. **Fehling** (Stuttgart).

29. **S. Klein.** Seltener Fall von Missbildung. (Beiderseitige Aniridie.)

(Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1877. Jan.)

Verf. fand bei einer 20jährigen Person beiderseits totalen Mangel der Iris nebst oscillatorischem Augenzittern. Der obere Rand der Linse war bei fehlender Zonula Zinnii an den Glaskörper festgewachsen, der untere Rand hörte in der Mitte der durchsichtigen Membranen des Auges auf. Ausserdem zeigte die Pupille eine tiefe Excavation wie bei Glaucom, die Verf. gleichfalls für angeboren hält.

Fehling (Stuttgart).

30. **Ramsford.** Ein Fall von Intussusception erfolgreich durch Lufteinblasen behandelt.

(Lancet 1877. Febr 24.)

Ein Kind von 6 Monaten wird plötzlich von Leibschmerzen und häufigem Erbrechen befallen, bald nach dem Beginn dieses Anfalls folgte ein kothiger Stuhl. Der Leib war hart und zuerst wurde eine unbestimmte knäuelförmige Masse in der linken Regio hypochondriaca gefühlt. Dies war nachher nicht mehr der Fall. Auf ein Brechmittel von warmem Olivenöl kam blos etwas klumpiges Blut. Kleine Opiumdosen brachten Ruhe. Eine Rectaluntersuchung, 40 Stunden nach Beginn des Leidens vorgenommen, zeigte, dass dasselbe leer, der Finger war beim Herauskommen mit Koth beschmiert. Brechen hielt an. Nun wurde 20 Minuten lang mittelst eines Blasebalgs Luft eingeblasen, das Kind entleerte etwa einen Esslöffel voll Blut und Schleim nach der Entfernung des Ansatzrohres. Erbrechen kehrte nicht wieder, und ein natürlicher Stuhlgang, frei von Blut, erfolgte 10 Stunden später. Eine rasche Wiederherstellung folgte.

Underhill (Edinburg).

31. **L. Möller.** Invaginatio intestinalis. Spontaner Abgang eines Darmstückes. Genesung.

(Hosp. Tid. 1877. 9 Mai.)

Ein 4jähriger Knabe bekam nach einige Tage andauernden Kolikschmerzen Abgang von Blut und Schleim per anum. Zugleich wurde eine wurstförmige Geschwulst, die sich vom linken horizontalen Schambeinast hinauf zum Hypochondrium sin. erstreckte, constatirt. Im Rectum eine weiche elastische Geschwulst, sein Lumen beinahe füllend, mit einer Impression, die den Finger $2^1/_2$ Ctm. hineindringen lässt. Unter täglich häufig wiederholter Anwendung der Klysopompe nahm in den folgenden Tagen die Geschwulst und die Anspannung des Unterleibes zu. Am 7. Tag Abgang von Flatus, am 8. von Excrementen mit übelriechendem Schleim und Fetzen gemischt, zur selben Zeit wurde der aufgetriebene Unterleib weicher und fiel zusammen. Die nächsten 7 Tage dauerte unwillkürlicher Abgang von Fäces und theerigem Blute an. Am 15. Krankheitstage wurde eine schwarze dicke Masse im Anus entdeckt, und bei gelindem Anziehen wurde ein 50 Ctm. langes Darmstück entfernt. In den nächsten Tagen unwillkürliche Entleerungen und grosser Collaps. Erst nach 3 Wochen wurde der Stuhlgang natürlich, Genesung folgte bald. Das invaginale Darmstück war ein Stück Dickdarm.

Ingerslev (Kopenhagen).

32. **Lelion.** Dacryocystitis bei einem Neugeborenen.

(Journ. de méd. et de chir. 1877. Juni. Bd. XLVIII. p. 260.)

Am Tage nach der Geburt sah man am oberen Nasenwinkel eine wenig geröthete schmerzlose Geschwulst, man konnte aus ihr schleimig-wässerige Flüssigkeit ausdrücken. Am 4. Tage war die ganze Partie roth, die Conjunctiva entzündet, es entleerte sich reiner Eiter. Man wendete schwache Argentumsolution an. Die Symptome verschwanden, als die bis dahin ganz trockene Nase wieder feucht wurde. Terrier hat 2 ähnliche Fälle beschrieben.

Fritsch (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S., an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Erster Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 10 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 12. **Sonnabend, den 1. September.** **1877.**

Inhalt: 1. **v. Preuschen**, Cysten der Vagina. — 2. **Dareste**, Künstliche Erzeugung von Missgeburten. — 3. **Ruge**, Dottergang und Capillaren am Nabelstrang. — 4. **Winkler**, Nervenvertheilung in der Mamma. — 5. **Martin**, Cervix uteri. — 6. **Schröder**, Blasensprung bei Placenta praevia. — 7. **Stoltz**, Tarnier's neue Zange. — 8. **Liebmann**, Dammrisse. — 9. **Kaltenbach**, Uterusprolaps. — 10. **Tauffer**, Scheiden- und Gebärmuttervorfall. — 11. **Aron**, Hämatocele retrouterina. — 12. **Nöggerath**, Latente Gonorrhoe. — 13. **Emmet**, Uterusflexionen. — 14. **Battey**, Exstirpation der Ovarien. — 15. **Borntraeger**, Fötale Rhachitis. — 16. **Biedert**, Künstliche Kinderernährung. — 17. **Girard**, Ecchymosen. — 18. Bericht über den 2. amerikanischen Gynäkologencongress 1877. — 19. **Breisky**, 20. **Grassi**, Inversio uteri. — 21. **Benicke**, Geburtsfall bei doppelter Gebärmutter und Scheide. — 22. **Chadwick**, Geburtscomplication mit Fibrom. — 23. **Thomas**, Laparotomie. — 24. **Hart**, Gastrotomie. — 25. **Greene**, Placenta praevia. — 26. **Seydel**, Uterintumoren. — 27. **Poncet**, Uterintumor. — 28. **Villeneuve**, Exstirpation eines Tumors. 29. **Skene**, Narben des Uterus und der Vagina. — 30. **Barié**, Paraplegie. — 31. **Dolbeau**, Urachusfistel. — 32. **Nicolas**, Asthma insensible. — 33. **Strapart**, Uterinblutungen. — 34. **Richardson**, Chloral in der geburtshülflichen Praxis.

1. v. Preuschen. Ueber Cystenbildung in der Vagina.

(Virch. Arch. Bd. LXX. Hft. 1. p. 111.)

Gestützt auf ein reiches Untersuchungsmaterial giebt v. P. einen Beitrag zur Anatomie und Genese der Cystenbildung in der Vagina und beginnt damit eine Lücke auszufüllen, die um so fühlbarer wird je mehr die Casuistik dieser Affection wächst. —

Was das Epithel der Vagina betrifft, so urgirt v. P. dass dasselbe nur zum Theil die Bezeichnung Pflasterepithel mit Recht trüge, sofern die unterste Zellenschicht entschieden cylindrischen Character trage. In den nächststehenden Schichten finden sich Stachel- und Riffzellen. Der Schwerpunct von P.'s Untersuchungen liegt in dem Nachweise von Drüsen in der Vagina; dieselben seien den Talgdrüsen der Vulva ähnlich, haben in ihren tieferen Partien (fingerförmigen Ansätzen) einfaches Cylinderepithel mit Flimmerhaaren; in den oberen kryptenartigen sei das Epithel gleich dem gewöhnlichen Scheidenepithel. Das in den Drüsen sich findende Cylinderepithel sieht er als

die Grundform für die Vagina an, diese Grundform erhalte sich in den Drüsenfundis wogegen an der Oberfläche und den oberen Theilen der Drüsen das Epithel seine allmälige Umbildung erleide. Geschlossene Lymphfollikel hat v. P. in der Vagina nicht finden können.

Mit dem Nachweise echter Drüsen erhält die Lehre von der Cystenformation in der Vagina eine breite Basis. Diese Cysten finden sich entweder in den Ausführungsgängen oder den fingerförmigen Ansätzen, häufiger in letzteren.

v. P. fand unter 36 Leichen 6 Mal multiple Cystenbildung in der Vagina, ist also der Ansicht, dass diese Affection nicht so selten ist, als bisher angenommen.

Was endlich die Veit'sche Hypothese der Cystenbildung aus den rudimentären Gartner'schen Gängen betrifft, so hat v. P. nachgewiesen, dass nicht nur beim Schwein, der Kuh und dem Pferde diese embryonalen Organreste sich finden, sondern auch bei der Katze und dem Fuchse; bei ersterer münden sie zu beiden Seiten des Orificium urethrae in die Vagina. Verf. spricht die Vermuthung aus, dass diese Gänge auch noch bei mehr Säugethierspecies zu finden seien und habe für alle diese eine Cystenbildung aus diesen Gängen durchaus nichts unwahrscheinliches.

(Seit der, denselben Gegenstand in seinen grössten Zügen behandelnden vorläufigen Mittheilung von P.'s im med. Centralblatt 1874 ist es bis heute noch keinem Forscher weiter gelungen die v. P. beschriebenen Drüsen in der Vagina zu finden und auch mir war es bei eigens in diesem Sinne angestellten Untersuchungen nie möglich, selbst nicht an Vaginen von Neugeborenen, an denen man doch wenigstens die Epithelgrundform (einschichtiges Cylinderepithel) noch eher vermuthen sollte als an der Erwachsenen. Es fordert daher diese Arbeit dringend zu weiteren Nachforschungen auf diesem Gebiete auf. Ref.). **Küstner** (Halle a/S.).

---

2. C. Dareste. Untersuchungen über die künstliche Erzeugung von Missgeburten.

(Paris 1877.)

In diesem Werke hat D. seine in einer langen Reihe von Jahren gemachten Untersuchungen über künstliche Erzeugung von Missbildungen niedergelegt. Wenn er auch selbst den Werth dieser Experimente häufig überschätzt und in dem Glauben lebt, weil er künstlich die Missbildungen hergestellt, deshalb kenne er auch die ersten Gründe ihrer Entstehung, so bietet das Buch doch eine grosse Fülle des Wissenswerthen. Leider ist das Buch ungemein weitschweifig geschrieben.

In einer Einleitung giebt D. eine geschichtliche Uebersicht, der er die im Ganzen sehr kleine Literatur über künstliche Erzeugung von Missgeburten beifügt, um dann mit einem mehrere Seiten umfassenden Verzeichniss seiner Arbeiten zu schliessen.

Zunächst spricht er im 1. Theile über die Methoden, beschreibt

die Apparate und die einzelnen Verhältnisse bei der Bebrütung, in Folge derer anomale Entwickelung regelmässig auftritt, schildert dann im Weiteren im Allgemeinen die Veränderungen in diesen anomal bebrüteten Eiern. Diese Veränderungen sollen hauptsächlich in Hemmung der Entwickelung, Adhäsionen, und »union des parties similaires« bestehen. Ausnahmslos werden typische Formen beobachtet. 14 Seiten werden dann der Classification der Missbildungen gewidmet.

Im zweiten Theile, den speciellen Mittheilungen, finden wir nun die einzelnen Missbildungen in ihrer Entstehungsweise erläutert. Gleich das erste Capitel, über die doppelte Anlage des Herzens, ist von grossem Interesse; nicht weniger das 2. Capitel über die Anomalien der Anhänge des Embryo. Im 7. Capitel schildert D. die Entstehung der Doppelmissbildungen. Wir sehen, er hält noch immer an der Vereinigung zweier früher getrennter Keime fest, ohne neue Unterlagen dafür zu bringen. Eine Reihe von 16 sehr gut ausgeführter Tafeln mit Text erläutern die einzelnen Formen, während zahlreiche Holzschnitte im Text schematisch die Entstehungsweise uns vorführen. Will Jemand sich einen schnellen Ueberblick über das Buch verschaffen, so studire er die Tafeln mit dem danebenstehenden Texte.

Die deutsche Literatur ist im Ganzen genügend gewürdigt; nur in der neueren Literatur finden sich grössere Lücken. Das Werk von Panum, über den gleichen Gegenstand, ist vom Verf. häufig anerkennend citirt worden. **Ahlfeld** (Leipzig).

---

3. **Ruge.** Untersuchungen über den Dottergang und über Capillaren im Nabelstrang.

(Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. I. Hft. 2.)

1. Bei einer 7 monatl. männl. Frucht fand sich $1^3/_4$ Ctm. oberhalb des persistirenden Theils des Nabelstranges ein dicht unter der Oberfläche, erst quer, dann abwärts in den Bauchnabel laufendes Blutgefäss, das aus der Nabelvene stammte und nach oberhalb des persistirenden Theils des Nabels centrifugal verlaufende Capillaren abgab. An einzelnen Stellen derselben Nabelschnur waren Reste von Dottergefässen mit Blutkörperchen und Residuen der Dottergänge in peripherisch gelegenen Cystchen nachweisbar.

2. Auf der Nabelschnur einer $6^1/_2$ monatlichen Frucht waren 2 Dottergefässe bis zur Placenta deutlich zu verfolgen. Ihnen lagen dicht an zwei mit Bindegewebe umsponnene Bildungen, deren grösseres hohl war und ein wandständiges, cylindrisches Epithel trug. Das andere zeigte geschrumpfte Zellen.

3. Am Nabelstrang eines 3 monatl. Fötus fand sich ein hellrothes Blutgefäss und ein dem paralleler feiner Strang, dessen Wand an einer Stelle deutlich cylindrisches Epithel hatte.

4. 3 monatl. Frucht. Dottergefässe mit Dottergang.

5. Ovulum der 4. Woche. Im Placentarende des Nabelstrangs 2 Arterien mit der Hyrtl'schen Verbindungsbrücke. Oberhalb dieser theilen sich die Arterien in 2 resp. 3 Arme.

6. 4 monatl. Frucht. Vom Nabelbläschen gehen feine Gefässe aus. Daneben ein zelliger Strang, der Dottergang.

7. 4 monatl. Kind. An der Wand des erbsengrossen Nabelbläschens sind zahlreiche, dünnwandige, oft cavernöse von den Dottergefässen herrührende Capillaren. Im Bläschen selbst plattes bis kurzcylindrisches Epithel. **Leopold** (Leipzig).

---

4. **Winkler.** Beitrag zur Histologie und Nervenvertheilung in der Mamma.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XI. Hft. 2. p. 294.)

Die meist an Mäusemammae gewonnenen Resultate von W.'s histologischen Untersuchungen sind kurz folgende:

Das Epithel der Ausführungsgänge ist nicht durchweg ein cylindrisches sondern gleicht in den feineren Ausführungsgängen durchweg dem der Drüse selbst; nie waren übrigens an milchenden Drüsen die Epithelzellen fettig zerfallen zu finden, so dass wohl die Herkunft der morphologischen Milchbestandtheile nicht als Zerfalls- sondern eher als Ausscheidungsproducte der Drüsenepithelien anzusehen sind.

Glatte Muskelfasern fand W. in dem interalveolären Bindegewebe bei der Maus nie, bei dem Kaninchen als inconstantes Gebilde. — Regelmässige Bestandtheile des Bindegewebes sind 1) fixe Zellen, welche den Alveolus mehr oder weniger vollkommen umfassen können, 2) an milchenden Drüsen indifferente Zellen (weisse Blutkörper), welche durch Lagerung und Richtung ihre Herkunft aus den Capillaren bekunden, also als Wanderzellen anzusehen sind. Die Capillaren an milchenden Drüsen sind ausserordentlich weit, so dass sie das interalveoläre Bindegewebe ganz auszufüllen scheinen.

Was die Nerven betrifft, so kam durch die an Kaninchen- wie an Mäusemammae mit Hülfe verschiedener Tinctionsmethoden vorgenommenen Untersuchungen Verf. zu dem Resultat, dass es eigentlich Drüsennerven nicht gäbe; es gelang ihm stets nur Gefässnerven und auch die nur an den grössten Arterien zu finden, alle anderen Nerven, die zu sehen sind, sind Passanten entweder zur Haut der Mamma oder zum Warzenhof; irgend eine Alteration der Milch durch psychische Einflüsse ist daher nur auf dem Wege der Gefässinnervation denkbar; sofern nun die vasomotorische Nerventhätigkeit an der Mamma die Basis für die Erklärung des secretorischen Processes abgiebt, ebenso wie an der Niere, so lässt Verf. die Frage offen, ob unter Umständen auch analogerweise in die Milch abnorme Albuminate diffundiren können. **Küstner** (Halle a/S.).

---

5. **A. Martin.** Ueber das Verhalten des Cervix uteri während der letzten Schwangerschaftsmonate.

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1877. 79 S. 8°.

Da Verf. der Meinung ist, dass man bei Messungen der Vaginalportion mit dem Finger in der Tiefe der Scheide leicht Täuschungen

ausgesetzt ist, hat er den Weg der Untersuchung mit rinnenförmigen Spiegeln eingeschlagen und dabei die Vaginalportion unter Controlle der Augen gemessen.

Diese Messungen ergaben, dass die Vaginalportion gegen das Ende der Schwangerschaft hin an Länge und Breite zunehme. Dies besonders führte den Verf. zu den Schlusssätzen: Die Cervix nimmt gegen Ende der Schwangerschaft an Volumen allseitig zu bei I para und Plp., sie wird länger und breiter. Die Einstellung des vorliegenden Kopfes im Beckeneingang hat keinen anderen Einfluss auf die Gestaltung der Cervix, als dass dieselbe sich früher und stetiger zu ihrer vollen Grösse entwickelt. Zwischen I para und Plp. besteht hinsichtlich des Volums der Cervix in den letzten Schwangerschaftsmonaten kein solcher Unterschied, dass aus dem durch Digitalbefund festgestellten Volumen der Portio vaginalis allein eine differentielle Diagnose gestellt werden kann. — Verf. hält die Persistenz des inneren Muttermundes bis zur Geburt hin für die Regel, selbst dann, wenn er für einen oder zwei Finger durchgängig erscheint. Nur ausnahmsweise wird er für Bergung eines Stückes der Eispitze verwandt; findet dabei eine Verziehung der Ränder des inneren Muttermundes statt, so betrifft sie den hinteren nicht den vorderen. Dabei erscheint die Länge und Massenentwickelung der Cervix unbeeinträchtigt. —

Diese Anschauungen des Verf. stehen im grellsten Widerspruch mit denen des Ref., der bemüht war den Beweis herzustellen, dass die Cervix und das ost. int., das man unter dem Kopf des Kindes bei schwangeren Frauen findet, nicht der Cervix und ost. int. entspricht, wie dies die Braune'sche Tafel der Gebärenden zeigt.

Verf. frägt im Gegensatz zu des Ref. Anschauung, könnte denn dieser kleine Schlauch nicht durch die Stauung und Schwellung während der Geburt so stark ausgedehnt werden, wie wir ihn bei Wöchnerinnen finden? (resp. wie es die Braune'sche Zeichnung zeigt?). Er findet die Möglichkeit dafür in dem von ihm constatirten Wachsthum der Cervix gegen das Ende der Schwangerschaft und hält das, was wir bei schwangeren Frauen als Cervix und als inneren Muttermund zu bezeichnen gewohnt waren, für identisch mit der Cervix und ost. int. der Braune'schen Zeichnung der Gebärenden.

Die Schrift des Verf.'s selbst beweist die Unrichtigkeit seiner Anschauungen. Wegen Knappheit des Raumes in diesem Blatte kann ich nur einiges für dies sprechendes anführen.

Verf. schildert den inneren Muttermund p. 30 »nur in einem Falle war am 9. Tage a. p. bei beweglich vorliegendem Kopf der Saum des inneren Muttermundes undeutlich fühlbar. Es bedurfte grosser Aufmerksamkeit die so niedere Falte zu fühlen.«

Welcher praktische Geburtshelfer, der nach längerer Geburtsdauer die Wendung ausführt oder die Placenta löst, möchte diese Falte in dem mächtig vorspringenden ost. int. wieder erkennen?

Verf. hat es vermieden für die Länge des Cervixcanals Maasse anzugeben, ich kann daher nur aus einigen Stellen des Büchleins erfahren, wie lang er die Cervix der schwangeren Ipara hält. Pag. 28 schreibt Verf. »von den übrigen (Ipara) zeigten 24 (46 %) bis zur Geburt den inneren Muttermund für den Finger undurchgängig, in 28 Fällen (54 %) war es leicht über den meist mehr als das letzte Fingerglied lang erscheinenden, als Cervixcanal angesprochenen Schlauch hinauszudringen und über dem stets als Engpass jenem Schlauch gegenüber bemerkbaren Ring einen glattwandigen, trichterförmig nach oben sich öffnenden Hohlraum zu constatiren, den ich als das untere Uterinsegment ansprach.« — Das letzte Fingerglied hat circa 2.5 Ctm., es ist mir daher die Annahme erlaubt, dass Verf. die Cervix der schwangeren Ipara 3 Ctm. lang hält. Er ist damit ganz auf dem Standpuncte Müller's, auch Verf. fand die Vaginalportion länger als die Cervix, so in Tabelle I, II, III maass sie vorn im Durchschnitt 2 Ctm., hinten fast immer über 4 Ctm., 1 Mal sogar 5 Ctm. Vorausschicken muss ich noch, ehe ich den Verf. die Cervix an anderem Orte seiner Schrift schildern lasse, dass Benicke und Martin bei Schwangeren niemals den von Ref. als ost. int. der Braune'schen Zeichnung beschriebenen Ring fanden und dass letzterer sogar meint, Ref. hätte die Linea terminalis dafür gehalten. (!)

Verf. schreibt p. 69 u. 70 »Bei Schwangeren ist uns also eine Bestätigung der Bandl'schen Beobachtungen nicht gelungen, wohl aber habe ich entsprechende Befunde bei Gebärenden oft constatirt. Dergleichen gegen Wehen unempfindliche oder des Vorganges unkundige Schwangere sind oft genug zu den klinischen Touchirstunden oder den Aufnahmeuntersuchungen gekommen, der äussere Muttermund war feinsaumig verstrichen, die Eispitze drängte tief in den mehr als fingergliedlangen Cervicalcanal hinab und neben dem Ei empordringend, erreichte man hoch oben, etwa in der Höhe des Beckeneinganges (wie dies Ref. für das Ende der Schwangerschaft beschrieben hat) den wulstig vorspringenden inneren Muttermund.

Nach dieser Darstellung des Verf. existirte auch bei der Gebärenden der mehr als fingergliedlange Cervix noch, wie er denselben p. 28 bei den schwangeren Ipara beschrieben hat. Jeder denkende Leser muss daraus selbst den Schluss ziehen, dass die darüberliegende Partie des Uterushalses bis zu dem im Beckeneingange befindlichen ost. int. schon in der Schwangerschaft durch das Ei oder den Kindeskopf ausgefüllt war.

Uebrigens zeigten auch alle angeführten Präparate das sogen. untere Uterinsegment, den grössten Theil der Cervix der Braune'schen Tafel (Ref.).

Zum Schluss sei bemerkt, dass Ref. nicht, wie es der Verf. p. 66 irrthümlich ausspricht, beweisen wollte, dass das ost. int. gegen das Ende der Schwangerschaft ausgedehnt wird. Ref. stellte im Gegentheile die Eröffnung des Organes so dar, dass an einer bestimmt be-

zeichneten Stelle der Eihöhle, meist in der Ebene des Beckeneinganges das ost. int. der Braune'schen Zeichnung sich bildet (es liegt also schon offen in der Uterus-Cervixwand), indem die darunter liegende Partie des Uterus nach abwärts gegen den Beckencanal verlängert und verdünnt wird; dabei bleibt der fingergliedlange Rest der Cervix mit ihren ost. int. spurium mehr oder weniger geschlossen bis zum und oft auch einige Zeit noch nach Beginn der fühlbaren Wehen. **Bandl** (Wien).

---

6. **C. Schröder.** Ueber die Bedeutung des Blasensprunges bei Placenta prävia lateralis.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie Bd. I. Hft. 2.)

M. Duncan hatte bekanntlich die bei Placenta prävia eintretenden Blutungen aus der Loslösung des Kuchens von seiner Haftstelle zu erklären gesucht, da er der durch die Wehen bewirkten Ausdehnung des unteren Uterinsegments in transversaler Richtung nicht folgen könne. Nach Verf. kann dies aber nicht die wesentliche Ursache sein, da andere Erscheinungen eine bedeutende Accommodationsfähigkeit der Placenta beweisen. Die wesentliche Ursache ist vielmehr die Verschiebung des Ei's an der Uteruswand, wie sie überhaupt bei der Geburt mit intactem Ei sich erklärt. Diese Verschiebung findet entweder statt zwischen Decidua und Chorion, oder bei innigerem Zusammenhang des Chorion mit der Decidua durch Lostrennung des Amnion vom Chorion. In diesem Fall bildet das Amnion allein die Blase bei der Geburt. Dies letzte Verhältniss findet man gar nicht so selten in 26,2 % aller, ausserdem in 19 % eine theilweise Trennung, während bei 55 % die Häute noch fest zusammenhingen. Die ersteren Zahlen werden aber relativ noch grösser, wenn man das häufige frühzeitige Blasenspringen in Rechnung bringt, wobei die Eihäute natürlich stets zusammenbleiben.

Bei Placenta prävia ist nun ein Zurückziehen des unteren Uterinsegments nur möglich durch Trennung zwischen Decidua und Chorion. Eine Trennung zwischen Amnion und Chorion ist für gewöhnlich nicht möglich, da die Einsenkungsstelle der Nabelschnur, an welcher sich das Amnion auf die Nabelschnur als Scheide begiebt eine weite Trennung hindert. In 6 Fällen, wo darauf geachtet wurde, fand sich keinmal die Trennung beider Eihäute.

Dieses Zurückziehen des untern Segments erklärt, warum man, wenn der Muttermund weiter ist, ein grösseres Stück Fruchtkuchen fühlt als vorher. Springt aber die Blase, so kann die Placenta mit dem unteren Uterinsegment sich unten zurückziehen, und es kommt zur Blutstillung, aber nicht etwa deswegen, weil der nun herabrückende Theil tamponirte.

Verf. nimmt daher die Gelegenheit vor dem vielfach empfohlenen möglichst raschen Entbinden zu warnen, und weist darauf, dass

man möglichst bald die Blase sprengen soll; durch combinirte Handgriffe soll man dann einen Fuss einleiten, um daran, wenn es die Verhältnisse verlangen, vorsichtig die Extraction zu machen.

Fehling (Stuttgart).

---

7. **Stoltz.** Tarnier's neue Zange.

(Arch. de Tocologie 1877. Juni.)

Wie Pajot (vergl. Centralbl. No. 3) verwirft auch S. die von Tarnier angegebene neue Zange vollständig. Er betont, dass die Hauptindication zur Anlegung dieser Zange, wenn der Kopf noch völlig über dem Beckeneingang sei, selten vorhanden sein werde, und dass man da womöglich besser die Wendung mache. Die Schwierigkeiten, die zuweilen im Beckenausgang und von Seiten der Vulva sich der Extraction entgegenstellen seien auch nicht der Art, dass sie nicht dem gewöhnlichen (oder wie er ihn wohl im Gegensatz zu dem von Tarnier nennt, classischen) Forceps und einiger Aufmerksamkeit überwunden werden könnten.

Einen ähnlichen Forceps wie Tarnier habe schon 1844 Herrmann in Bern construirt und ziemlich mit denselben Betrachtungen beschrieben wie Tarnier. Verf. wundert sich, dass Tarnier dessen Abbildung in Kilians Armamentum Lucinae novum nicht kennt.

Tarnier gebe selbst zu, dass der classische Forceps in den Händen eines geschickten Operateurs genüge. Ob es nun zweckmässig sei einem ungeschickten ein Instrument in die Hände zu geben, dessen Anlegung gewiss nicht leichter sei als bei der gewöhnlichen Zange. Auf eine Drehung des Kopfes innerhalb der Zange werde der Operateur auch beim gewöhnlichen Forceps achten und ihr nachgeben.

Die meisten üblen Zufälle bei der Zange seien dem Operateur, nicht dem Instrument in die Schuhe zu schieben, man möge also vor allem dasselbe nicht ungeschickten Händen anvertrauen, damit wolle er den Gedanken, dass zweckmässige Verbesserungen an der Zange noch möglich seien, nicht absolut von sich weisen.

Fehling (Stuttgart).

---

8. **Liebmann.** Klinische Beobachtungen über Dammrupturen.

(Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkologie Bd. I. Hft. 2.)

Von 170 Dammrissen fielen 30% auf Primiparae und 4,2% auf Pluriparaa. Die Risse hatten eine Ausdehnung von 1 — 4 Ctm. Länge; 2 Mal kamen Centralrupturen vor, welche mit einem 3. Fall aus der Privatpraxis ausführlicher berichtet werden.

Die Ursache der Dammrisse beruht nach Verf. in Uebereinstimmung mit anderen Autoren auf dem Zusammenwirken vielfacher Umstände. Ungünstig wirkten das hohe Alter der Erstgebärenden, ferner zu stürmische Wehen, während grössere Kinderschädel seltener Risse hervorbrachten als unter dem Mittel befindliche (jedenfalls we-

gen des raschen Durchtrittes). Entsprechend den Angaben Hecker's betreffs des Geschlechts waren die Rupturen bei Knaben häufiger als bei Mädchen.

Aus der Behandlung ist hervorzuheben, dass mit den Serres fines sehr gute Resultate erzielt wurden. Sie sind zu empfehlen bei Rissen von geringerer Ausdehnung, während bei grösseren Rissen die Naht anzuwenden ist. **Leopold** (Leipzig).

---

9. **Kaltenbach.** Beitrag zur Anatomie und Genese des Uterusprolapses nebst Bemerkungen über Punction der Abdominalhöhle vom Scheidengewölbe aus.

(Zeitschr. für Geburtsh. u. Gynäkologie Bd. I. Hft. 2.)

Das Bauchfell nimmt bei Prolapsen, Uterus und Blase gegenüber eine verschiedene Stellung ein. Bei Cystocele kann die Blase ihren Peritonealüberzug so weit herabziehen, dass sich der rücklaufende Theil des Peritoneums längs der vorderen Cervixwand hinzieht. Aber bei unveränderter Lage der Blase zerrt der prolabirende Uterus die Bauchfelldecke so weit herab, dass sie sich auf eine sonst nicht vom Bauchfell überkleidete Partie des Blasengrundes, selbst der Harnröhre und einen Theil der vorderen invertirten Scheidenwand zurückschlägt. In ähnlicher Weise kann primär, ohne oder erst mit secundärer Dislocation von Uterus oder Blase eine Hernia vaginalis anterior entstehen.

Bei einer 61jährigen Frau, die an enormen Ascites (Herzfehler) leidet, findet sich ein von der total invertirten Vagina überkleideter Prolaps, dessen Hauptmasse durch einen freien Flüssigkeitserguss gebildet wird. Eine Incision vor der vorderen Muttermundslippe entleert 10 Liter einer dunkelgelben ascitischen Flüssigkeit. Erholung. Später Tod durch Typhus.

Hier war die vordere Peritonealtasche durch den Ascites herabgetrieben. Auf Grund dieses Falles hält Verf. in therapeutischer Hinsicht die Punction freier Abdominalergüsse von der Scheide aus besonders deshalb werthvoll, weil sie bei der tiefen Lage der Eröffnungsstelle eine sehr vollständige Entleerung der Flüssigkeit gestattet; sie ist aber auch werthvoll zur Untersuchung von Unterleibstumoren, geborstene Ovarialcystome u. s. w. Die Incision mit nachfolgender Naht durch das Peritoneum ist dem Troikart vorzuziehen. **Leopold** (Leipzig).

---

10. **Tauffer.** Entstehungsweise und kurze Andeutung betreffs der Prophylaxe und Therapie des Scheiden- und Gebärmuttervorfalles.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 22—25.)

Verf. bezweckt in der vorliegenden Arbeit eine klare Uebersicht der Verhältnisse bei Senkung und Vorfall der Scheide und der Gebärmutter zu geben. Dabei ist zunächst eine möglichst einfache und doch richtige Eintheilung nöthig. Diese ist folgende:

1) Primärer isolirter Scheidenvorfall, bei normalem Stand des Uterus, der vorderen, hinteren, beider Wände. Verhalten der Blase, des Rectum der vorderen und hinteren Bauchfellfalte. Die mässige Herausstülpung der vorderen Scheidenwand, des Bulbus Urethra ist sehr häufig, äusserst selten ist eine primär isolirte Senkung des oberen Theiles der vorderen Scheidenwand. »Zwei Umstände können diesen Befund bedingen u. z. eine primäre isolirte Ausdehnung des Blasengrundes durch chronische Urinstauung, welche oft bei geringem Prolaps. pariet. ant. vaginae ganz bedeutende Grade erreicht (Hegar) oder ein primäres Herabsinken der vorderen Bauchfellfalte (Hernia vag. ant.), wobei die Bindegewebs-Vereinigung des Uterus und der Blase gänzlich aufgehoben sein muss.« Vorfall der hinteren Wand ist selten, beide Scheidenwände finden sich bei Mehrgeschwängerten häufig. Bei der Beschreibung des Verhaltens der Nachbartheile führt Verf. aus, dass das Peritoneum bei Senkung der Blase die ganze hintere Fläche, sogar die Urethra bedecken kann. »Nach der Umbiegung erreicht das Bauchfell das Collum uteri an einer tieferen Stelle und schreitet so auf der vorderen Fläche des Uterus empor.«

2) Primärer Scheidenvorfall, complicirt mit Lageveränderung des Uterus. Vorfall der vorderen, hinteren, beider Wände mit Descensus oder Prolapsus uteri incompl., Verhalten etc. wie bei 1. Die meisten Kranken gehören in diese Kategorie. Die hypertrophirte prolabirte Blasenwand zerrt den Uterus herab; begünstigt wird dieses Ereigniss durch geringe Widerstandsfähigkeit des Lig. pubo-vesicale. Dabei ist der Höhenstand des Uterus nicht stabil. Viel seltener ist dieselbe Complication an der hinteren Wand. Sind beide Wände prolabirt, so wird es sich schwer entscheiden lassen, ob dies primär ebenso war. Verf. glaubt, »dass ein Descensus oder Prolaps. uteri incompletus mit Elongation des supravaginalen Collums nicht denkbar ist, bei welchem das eine oder andere Scheidengewölbe seine normale Stelle behält, ausgenommen wenn pathologische Fixationen dies bewirken.« Wenn Verf. in seinen ferneren Auseinandersetzungen sich gegen die Statuirung einer Hypertrophie der port. med. wendet, so kann Ref. versichern, dass er Fälle kennt, welche sich in diese Kategorie leicht, in andere nur höchst gezwungen einreihen lassen. Mit Recht wird die Ausmessung der Tiefe der hinteren Peritonealfalte nach J. Veit, als nicht dem Zweck entsprechend verworfen. Die Verhältnisse, welche durch Dislocation des Bauchfells entstehen, sind ein Herabreichen desselben bis über die Urethra, ja einen Theil der Scheide; hinten reicht das Peritoneum bis nahezu zur tiefsten Stelle des Vorfalls, oder die Falte des Bauchfells folgt ihrer sinkenden Unterlage nicht, sondern bleibt in normaler Höhe.

3) Primäre Senkung und Vorfall des Uterus mit partieller oder totaler Inversion der Scheide. Als ätiologisches Moment verdient hier chron. Metritis, die Auflockerung der

Bandapparate in ihrem Gefolge, Schwund des Fettes etc. erwähnt zu werden. Als Grund der constanten Retroversion nimmt Verf. die vorderen weniger straffen Uterusbefestigungen an. Ref. möchte bemerken, dass eine vergrösserte, descendirte Gebärmutter stets retrovertirt steht, weil sie im Becken gar nicht anders stehen kann, sie folgt der Richtung der Beckenaxe; ist sie antevertirt, so ist dies blos bei Fixation der Portio nach hinten denkbar. Auch ohne Dehnung der vorderen Ligamente ist eine mässige Retroversion möglich.

Beim Besprechen der Behandlung betont Verf. vor allem die gute Dammnaht. Fast möchte man es bei dem Stand der heutigen Gynäkologie für unnöthig halten gegen den Gebrauch der Serres fines zu eifern, wenn wir nicht der Empfehlung dieser »üblen Spielerei« wieder begegnet wären. (Klinische Beobachtungen von Dammrupturen. Zeitschr. für Geburtsh. Bd. I. p. 393.) Hierauf wird Vorsicht beim Credé'schen Handgriff empfohlen. Verf. hat Recht, wenn er sagt, dass durch den Credé'schen Handgriff eine bedeutende Dislocation geschaffen wird. Dieselbe ist aber nur momentan. Ref. touchirt in jedem Fall, schon um prophylaktisch zu desinficiren; gerade durch das Ausspülen des Uterus wird eine Erhebung desselben und sofortige vollständige Reposition aufs schnellste und ungefährlichste erzielt. Das Festbinden des Leibes post partum wird verworfen, diese Manipulation wird in hiesiger Gegend nicht geübt. Urin- und Kothstauung sind zu vermeiden. Urinstauung schadet auch dadurch, dass sie die Uterusbefestigungen von unten nach oben dehnt. Lässt man eine zum Vorfall disponirte Wöchnerin aufstehen, was sich aus allgemein diätetischen Rücksichten empfiehlt, so ist eine doppelt solange Ruhe in horizontaler Lage nöthig. Betreffs der Behandlung werden Hodge's, Mayer's und Zwank's Pessarien, dann causale Behandlung der Grundübel und die Operation, welche wiederum aus Hülfsoperationen: trichterförmige Excision der Vaginalportion, Elytroraphia anterior, lateral. und der radicalen Operation: Elytroraphia posterior bestehen, angerathen.

Zum Schluss bedauert Ref., dass bei der so genauen Schilderung der anatomischen Verhältnisse, namentlich der Lage und Dislocation des Bauchfells nicht gesagt ist, wie diese Resultate gewonnen sind, ob durch Autopsie oder durch Exploration. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

11. **Aron.** Zur Pathologie der Hämatocele retrouterina.

Inaug.-Diss. Breslau. 1877.

Verf. kommt auf Grund dreier Fälle, bei denen durch die Punction die Diagnose Hämatocele sichergestellt war, zu dem Resultate, dass Virchow's Ansicht von der primären Pelveoperitonitis die richtige sei. Im ersten Fall wird durch die Section die aus der Anamnese wahrscheinliche primäre Pelveoperitonitis noch nachgewiesen. Im dritten Falle war schon vor dem Eintritt der Hämatocele die

Diagnose einer Pelveoperitonitis gestellt. Da Blut vom Peritonealcavum (wie Ref. Die retrouterine Hämatocele. Volkmann's Samml. klin. Vorträge No. 56 p. 460 nachwies) ohne Entzündung, wenigstens beim Thier resorbirt wird, so kann sicher die Blutung nicht das primäre sein. Ref. benutzt diese Gelegenheit, um sich entgegen seinen früheren Ansichten zu der vom Verf. vertretenen zu bekennen.

Fritsch (Halle a/S.).

---

12. **Nöggerath.** Die latente Gonorrhoe in ihrem Einflusse auf die Fruchtbarkeit der Weiber.

(Verhandl. der amerik. Gesellsch. für Gynäkologie zu Boston 1877. p. 268.)

Verf. hat sein Thema von früher wieder aufgenommen und den extremen Standpunct wenigstens etwas modificirt. Es wird jetzt angenommen, dass in vielen Fällen von Gonorrhoe beim Manne zwar die Krankheit latent ist, dass aber trotzdem eine Strictur und hinter ihr gonorrhoischer Eiter sich befindet. Diese Strictur wird bestätigt durch Gebrauch eines Bougies. Alle die früher geschilderten Gefahren für Frauen bei Verheirathung mit einem in dieser Art kranken Manne nimmt Verf. auch jetzt noch als sicher an, so soll nicht nur meist Sterilität, sondern auch Perimetritis mit ihren Folgen, Verlagerung des Uterus, Affection der Ovarien und Tuben eintreten. Ferner sind Puerperalfieberfälle auf derartige Erkrankungen zurückzuführen.

Ref., der sich schon an anderer Stelle gegen die Ausführungen des Verf. wandte, möchte sich vor allem gegen die letzte Behauptung wenden, da ihm noch kein Fall von Puerperalfieber vorkam, der nicht in anderer Weise viel eher zu erklären war.

Fritsch (Halle a/S.).

---

13. **Emmet.** Die Aetiologie der Uterusflexionen.

(Verhandl. der amerik. Gesellsch. für Gynäkologie zu Boston 1877. p. 48.)

Die Arbeit Emmet's ist zum Theil statistisch, so dass wir unmöglich die vielen Zahlen hier wiedergeben können. Verf. kommt zu dem — übrigens in der Discussion heftig bekämpften Resultat —, dass Flexionen bei Frauen, die geboren haben, Seltenheiten sind. Anteflexionen sollen fast immer erst nach Eintritt der Menstruation entstehen, Retroflexionen durch Schwangerschaft verschlimmert werden. Die Auseinandersetzungen enthalten viel für den Specialisten Interessantes, und beweisen wieder, wie verschieden die Ansichten über Flexionen noch immer sind. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

14. **Battey.** Exstirpation der functionirenden Ovarien als Hülfsmittel bei unheilbarem Krankheitszustand.

(Verhandl. der amerik. Gesellsch. für Gynäkologie zu Boston 1877. p. 101.)

Verf. will die Ovarien dann exstirpiren, wenn sie als Ursache schwerer Krankheiten erkannt werden, welche durch weniger radicale Mittel nicht zu heilen sind, und bei welchen zu hoffen steht, dass

durch Aufhören der Ovulation resp. durch die Lebensveränderung nach der Menopause die Gesundheit bewirkt wird. Die Fragestellung: soll man bei Dysmenorrhoe, Manie etc. operiren, ist also falsch. Man kann antworten Ja und Nein. Ja, wenn kein anderes Mittel hilft, nein, wenn andere Mittel helfen. Verf. machte die erste Operation vom Abdomen, die anderen von der Scheide aus, weil 1) die zu zerschneidenden Partien dünner sind, 2) weil keine Luft zum Peritoneum gelangt, 3) die Pelveoperitonitis relativ ungefährlich ist, 4) die Drainage schon von selbst besteht, 5) man mit den Eingeweiden nicht in Collision kommt, 6) die Ovarien näher liegen. Die Pat. wird auf die Seite gelegt, der Uterus herabgezogen, die Vagina mit Sim's Speculum offen gehalten und der hintere Cul de sac mit der Scheere incidirt. Nachdem die Blutung mit Eiswasser und Torsion gestillt ist, wird das Peritoneum incidirt. Während ein Assistent von aussen den Uterus herabdrückt, passirt ein Finger in den Douglas'schen Raum, das Ovarium wird mit einer Zange gefasst, herabgezogen und abgetragen. Eine Sutur der Wunde findet nicht statt. Prolaps der Därme kam nie vor, ebensowenig Blutung. Von Nachbehandlung ist kaum die Bede, die Vagina wird höchstens ausgespült. Wir lassen nun die einzelnen Fälle kurz folgen.

1) 30 Jahr, enorme Dysmenorrhoe, epileptiforme, comatöse Anfälle. Entfernung beider Ovarien durch Bauchschnitt. Die Menstrualmolimina, die Nervensymptome verschwinden. 2) 32 Jahr, 1 Kind geboren, Neuralgie des linken Ovarium, dasselbe ist bei der Berührung empfindlich und vergrössert. Entfernung des Ovarium durch den Douglas'schen Raum. Das Ovarium war vergrössert und cystisch degenerirt. Die Menstruation dauert fort. 3) 38 Jahr, 3 Kinder geboren, Endometritis, Schmerzen, Manie. Beide Ovarien entfernt mit dem Ecraseur durch den Douglas'schen Raum. Keine Ligatur. Vollkommene Heilung. 4) 24 Jahr, keine Geburt. Ein Ovarium entfernt, dasselbe in Schwarten so eingebettet, dass die Operation höchst schwierig war. Langsame Heilung. Erhebliche Besserung. 5) 35 Jahr, keine Geburt. Dysmenorrhoe, Ovarienschmerz, Coccygodynie. Das rechte druckempfindliche Ovarium entfernt. Ligatur. Heilung bis auf die Coccygodynie. 6) 30 Jahr, 4 Kinder. Hysterisch, Dysmenorrhoe, fast wahnsinnig. Beide Ovarien entfernt. Tod am 10. Tage. Allgemeine Peritonitis. 7) 25 Jahr, keine Geburt. Dysmenorrhoe, fortwährendes Erbrechen, Morphiophagin. Ovarien gross, enorm empfindlich, gesenkt. Beide Ovarien entfernt, Ecraseur, keine Ligatur, Heilung. 8) 28 Jahr, 1 Kind, 11 Jahr krank, fast immer bettlägerig. Uterus kann wegen der chronischen Entzündung um ihn, nur schwer herabgezogen werden. Ovarium hühnereigross, entfernt, Ligatur. Das andere Ovarium musste erst aus festen Adhäsionen gelöst werden. Heilung. 9) Entfernung des 2. Ovarium vom Fall 5. Nun völlige Heilung. 10) 29 Jahr, keine Geburt, beide Ovarien entfernt. Verdacht auf Herzkrankheit, Tod am 4. Tage, der Beschreibung nach an Collaps, keine Autopsie.

Die genauere Beschreibung, namentlich die Rechtfertigung der Indicationen in den einzelnen Fällen, welche wir blos ganz kurz wiedergeben konnten, sind im Original nachzulesen.

Fritsch (Halle a/S.).

---

15. **Borntraeger.** Ueber foetale Rhachitis.

Inaug.-Diss. Königsberg. 1877.

Verf. bespricht zunächst die verschiedenen Ansichten der Autoren und theilt dann einen Fall aus der Königsberger Klinik mit. Die Eigenthümlichkeiten dieses Beckens sind: »Kleinheit sämmtlicher Durchmesser in dem fast dreieckigen Beckeneingange und der Beckenweite, mit noch besonders bestehender Abplattung von vorn nach hinten, vorzüglich im Eingange; Weite des Ausganges; Längsstreckung des oberen Kreuzbeinabschnittes; Querstreckung der Kreuzwirbel mit Vortreten vor die Flügel; Hinuntersinken und Vorragen eines Vorbergs in den Beckeneingang; Vortreten der Pfannenmitten in die Beckenhöhle; Entfernung des Steissbeins nach hinten; Dislocation der Spinae und Tuberositates ischii nach aussen; Abrundung des Schamwinkels; Flachliegen der Darmbeinschaufeln; Klaffen derselben nach vorn«.

Verf. wendet sich gegen Engel's Erklärung, die eigentlich keine Erklärung sei. »Angenommen z. B. das Darmbein wachse im hinteren Abschnitte bedeutend mehr als vorn, so fragen wir, warum dies eigenthümliche Wachsthum eintrete«. Da rhachitische Früchte meist in Beckenendlage geboren werden, so kann man die Wirkung der Rumpflast als schon in utero in Wirkung tretend annehmen. Die Rückenstrecker sollen keinen Einfluss haben. Verf. kommt zu dem Resultat, dass die von Litzmann gegebene Erklärung noch gültig ist. Die Macht normalen Muskelzugs ist von Kehrer überschätzt. Zur Erklärung der Beckenveränderungen in verschiedenen Altersepochen braucht man nicht für jede bestimmte Abnormität eine bestimmte Kraft anzunehmen, sondern es können verschiedene Kräfte dieselbe bewirken.

Fritsch (Halle a/S.).

---

16. **Ph. Biedert.** Ueber künstliche Kinderernährung.

(Jahrb. für Kinderheilk. Bd. XI. Hft. 2 u. 3.)

Seinen früher veröffentlichten Fällen (Virch. Arch. Bd. L) fügt Verf. 11 weitere von Ernährung mit Rahmgemenge bei. Sämmtliche betrafen Kinder, besonders Säuglinge, die vorher anderweitig ernährt an den verschiedensten Darmaffectionen litten, bei allen trat Besserung ein und zwar auffallend rasch, nur 1 Fall endete tödtlich, indem die Besserung nicht anhielt und Morbus maculosus hinzutrat. Ausserdem wurden 85 Kinder mit Kuhmilch in Verdünnung verschiedenen Grades behandelt, von diesen starben nur 6=7 %, ein ideales Resultat, wenn man es mit den von Geigel für das betreffende Lebensalter angegebenen Sterblichkeitszahlen vergleicht. Aus den Erfol-

gen beider Verfahren hält Verf. den Schluss für gerechtfertigt, dass das Wegschaffen der die Verdauungskraft übersteigenden Caseïnmenge das wesentliche ist. Das Rahmgemenge hat vor der verdünnten Kuhmilch den Vorzug der feineren Vertheilung des Caseïns zwischen den Fetttheilchen, zugleich auch einen grösseren Nährwerth. Dasselbe wird dargestellt aus $^1/_8$ Liter süssen Rahms mit $^3/_8$ Liter Wasser und 15,0 Milchzucker; bei älteren Kindern oder entsprechend der Besserung wird fortschreitend $^1/_{16}$, $^1/_8$, $^1/_4$, $^3/_8$ Kuhmilch zu dem Gemenge zugesetzt. Ist ausnahmsweise der Rahm sehr fett- oder eiweisshaltig, so muss eine stärkere Verdünnung eintreten. Hauptsächlich ist Ueberhäufung des kindlichen Magens zu vermeiden, dasselbe soll nicht mehr als zweistündlich $^1/_8$ Liter erhalten. Bei Neigung der Milch zum Sauerwerden wird $^1/_2$ Kaffeelöffel Natr. bicarbon. auf $^1/_3$ Liter Wasser zugesetzt.

Im Anschluss giebt Verf. eine Kritik der üblichen künstlichen Nahrungsmittel. Nach allen Autoren seien die Erfolge mit der Liebig'schen Suppe schlecht, da sie zu viel Caseïn enthalte. Ebenso ungünstig seien die mit Nestlé'schem Mehl. Ein leidlicher Ersatz der frischen Milch sei allenfalls die condensirte Milch von Vevey. Zur bequemeren Anwendung hat Verf. ein künstliches Rahmgemenge hergestellt, das bei Apotheker Münch in Worms zu haben ist. Dasselbe soll, wenn es auch nicht die Vortheile der Muttermilch erreicht, doch wenigstens die Nachtheile der Kuhmilch vermeiden, die eine Folge des chemischen Unterschiedes der beiden Caseïnarten sind.

Fehling (Stuttgart).

---

17. **Girard.** Die gerichtsärztliche Bedeutung der subpleuralen Ecchymosen.

(Journ. de méd. et de chir. 1877. XLVIII. Juli. p. 319.)

In einem Brunnen wurde der Cadaver einer Frau gefunden, bei welcher man eine grosse Anzahl subpleuraler Ecchymosen constatirte. Man glaubte annehmen zu müssen, dass die Frau vorher erstickt sei, und hielt den Mann für den Verbrecher. G. zeigte aber, dass bei ertränkten Thieren, wenn sie nicht wieder an die Oberfläche kommen, die genannten Ecchymosen entstehen. Da der Brunnen eng und tief war, so kann auch die Frau in dieser Weise gestorben sein.

G. constatirt 3 Arten des Todes beim Ertrinken: 1. Tod durch Syncope in Folge der Kälte, 2. Tod durch rapides Ersticken, wenn das Thier nicht wieder an die Oberfläche kommt, 3. Tod durch langsames Ersticken, wenn das Thier noch mehrere Inspirationen macht. — Der Mann wurde freigesprochen.

Fritsch (Halle a/S.).

---

18. 2. Amerikanischer Gynäkologen-Congress 1877.

(Nach dem Report des Medical Record No. 348. p. 425.)

1) Chadwick (Boston). Neue Theorie über die Function des Sphincter ani tertius, dieser Muskel befördere die Faecalexcretion, hindere nicht etwa dieselbe.

2) Byrne (Brooklyn). Indicationen und Methoden der Excision der Cervix

uteri. Nach einem historischen Abriss über die Operation, äussert sich B. dahin, dass dieselbe zu machen sei, besonders bei malignen Affectionen. Der Ecraseur wird verworfen, als nicht sicher die Nachblutung schützend, als zu gefährlich bezüglich Eröffnung des Peritoneums, als septische Erkrankungen veranlassend und endlich als unwissenschaftlich und unchirurgisch. — Die Galvanokaustik und ihre Vortheile werden sehr hervorgehoben; ereignet sich dennoch eine Blutung, so liegt dies am Operateur, er habe dann zu heftig und mit zu heissem Draht operirt. Narbencontractionen seien danach sehr selten, und auch wenn sie häufiger wären, würde doch diese Methode bei malignen Tumoren allen anderen vorzuziehen sein, weil die Glühschlinge einen günstigen Effect auf die Gewebe weit jenseits der Wundfläche in die Tiefe äussere.

Goodell (Philadelphia) stimmt im Wesentlichen bei; auch er bedient sich jetzt ausschliesslich der galv. Schlinge zur Amputation der Portio; Verschluss der Cervix hat er nie nach dem Gebrauch des Ecraseurs und der galv. Schlinge gesehen, wohl aber nach dem Gebrauch von Pressschwamm und von Acid. nitricum.

3) Dalton (New-York) hält einen Vortrag über das Corpus luteum, über die Veränderungen an demselben von seinem Entstehen an bis zum Verschwinden. Als Grundlage dient ihm ein Material von 32 Beobachtungen, bei denen allen die Zeit der letzten Regel bekannt war. D. hält in seinem Vortrage streng auseinander das Corpus lut. der Menstruation und das der Schwangerschaft und kommt zum Resultat, dass ein directer Zusammenhang besteht zwischen der Ruptur eines Graaf'schen Follikels, der Formation des Corpus luteum und der Menstruation. 6 Fälle boten wichtige Anomalieen: 1. Menstruation ohne Ovulation: 4 Monate lang regelmässiger Menstrualfluss und keine Bildung eines Corpus luteum. 2. Corpus luteum ohne centralen Herd. 3. Hämorrhagie um und in einen Graaf'schen Follikel. 4. Schwärzliche Verfärbung in und um das Corpus luteum anstatt des Verblassens. 5. Gelatinöse und fibrinöse Exsudation in das Innere des Graaf-schen Follikels, einen soliden Tumor erzeugend. 6. Cystische Degeneration des Graaf'schen Follikels. —

4) Lyman (Boston). Erweiterung der Cervix behufs Stillung von Uterinhämorrhagien. L. empfiehlt dieses Verfahren gestützt auf 2 Beobachtungen, wo in dem einen Falle ein kleines Fibrom der vorderen Lippe bestand, im andern eine Ursache für die Hämorrhagie nicht aufzufinden war, und in beiden sofort nach der Dilatation die Blutung definitiv stand. Er glaubt, dass die Dilatation eine vorher bestehende Strictur des inneren Muttermundes beseitige und so eine durch dieselbe vermittelst Gefässdrücker bedingte Hyperplasie des Organes und seiner Schleimhaut hebe. Die Erweiterung wurde mit Laminaria vorgenommen. — Storer, Wilson, Smith stimmen L. vollständig bei; Scott empfiehlt noch nach der Dilatation Warmwasserinjectionen als ausgezeichnetes gefässconstringirendes Mittel, warnt jedoch wie Smith vor der Anwendung des Verfahrens bei malignen Neubildungen. Goodell meint, dass mit dem Dilatatorium — in dem Falle Pressschwamm — häufig die Ursache der Blutungen — kleine fungöse Wucherungen und Polypen mechanisch mit entfernt werde. Trenholme hat durch radiäre Spaltungen der cervicalen Partie dasselbe erreicht.

5) Skene (Brooklyn). Ueber die Anwendung der gynäkologischen Principien bei geburtshülflichen Operationen. Sk. will den Gebrauch von Sims Speculum bei der Craniotomie, der Reposition des prolabirten Nabelstranges, der Einführung von Barnes Dilatator, Entfernung des Eies bei Abort, und bei der Behandlung von Arm- und Schulterlagen (!)

Nöggerath stimmt bei bis auf die durch Craniotomie gebotene Indication; die Craniotomie sei als verdrängt zu betrachten durch den Gebrauch des Kephalothryptors und der Cranioklaste; die Handhabung dieser beiden Instrumente jedoch mache den Gebrauch des Speculums unmöglich.

Während Reynold's (Boston) sich im Sinne Nöggerath's ausspricht meint Lusk (New-York), dass die Anwendung der Specula bei den der Operation mit Kephalothryptor und Cranioklast vorausgehenden Perforation empfehlenswerth sein könne. Sk. hält die Kephalotripsie und das Cranioklasma für weniger chirurgisch als die

Craniotomie im Speculum und hält wegen des Speculumgebrauches letztere Operation für nicht verdrängt oder ersetzt durch die beiden ersteren.

6) Darauf nimmt Scott (St. Franzisco) noch einmal die Discussion über Byrnes Vortrag (2) auf und will die Berechtigung der Operation für einen gegebenen Fall festgestellt wissen, da er glaube, dass die blosse Hypertrophie der Cervix sehr selten sei und deshalb manchen Fällen, in denen die Operation geübt worden sei, die Berechtigung abgesprochen werden müsste. Emmet sagt, dass Zerreissungen der Portio eine häufige Ursache für die Hypertrophie derselben abgebe, und dass so entstandene Hypertrophien manchmal möchten für Krebse gehalten worden sein. Was die Methode betrifft, so sei er mit der Entfernung mittelst der Scheere ausgekommen und habe danach gewöhnlich prima intentio erreicht; Gefahr der Nachblutung gering. Nach seinen Erfahrungen sei jedoch die Gefahr der Narbenstrictur nach Galvanokaustik nicht zu unterschätzen und wegen der Nothwendigkeit der Heilung durch Granulation leicht verständlich. Scott hält die Operation nur für eine Verstümmelung, welche den späteren Gebrauch eines Pessars unmöglich mache; die Hypertrophie kehre doch früher oder später wieder. — Byford (Chicago) spricht sich nochmals zu Gunsten der Operation bei Krebs der Portio aus; er halte die Krebscachexie für eine Art Septikämie; könne mittelst der Amputation nicht alles Kranke entfernt werden, so müsse man mit dem scharfen Löffel nachhelfen, mit dem man dann tiefer in das Gewebe dringen könne„ die Narbenconstriction könne mancher Methode folgen, welche man auch gewählt habe. — Nöggerath: weder er noch Byrne habe je operirt wegen Fissur oder Verletzung; er habe 35 Mal mit der Glühschlinge, 6 Mal mit Messer und Scheere operirt; in 25 Fällen habe es sich um Areolarhypertrophie, einfache Hypertrophie etc., in 18 um maligne Erkrankungen gehandelt; heftige Blutung 2 Mal nach Operation mit Messer und Scheere. — Nachblutung nach Glühschlinge 2 Mal. Von den 18 malignen Erkrankungen bis heute kein Recidiv — eine der Kranken ist vor 6, eine vor 4 Jahren operirt. — In 7 Fällen ist nach der Operation Gravidität eingetreten. Die Gefahr der Narbenconstriction nach der Operation mit der Glühschlinge halte er für übertrieben, er habe nur einen Fall unter seinen 35 gesehen. Vom Ecraseur rathe er ab wegen der Gefahr das Peritoneum zu eröffnen.

7) Engelmann (St. Louis) hat nicht genügend Material gehabt, als dass er einen vollständigen Report über die Uterusschleimhaut halten könne. Nach der Untersuchung einiger Dysmenorrhoe-Membranen, die sich also als Ausgüsse des Uterus von der obersten Schleimhautschicht mit Drüsen und Blutgefässen herausstellten, findet er nicht einen Anhalt seine frühere Ansicht über die Uterusschleimhaut während der Menstruation zu ändern.

8) Lusk (New-York). Ueber die Nothwendigkeit der Vorsicht bei der Chloroformanwendung während der Geburt.

L. stellt folgende 5 Sätze auf:

1. Tiefe Anästhesie bis zur Bewusstlosigkeit hemmt die Uterinthätigkeit, hebt sie sogar manchmal auf.

2. In gewöhnlicher obstetrischer Dosis gegeben, könne es manchmal so die Uterinthätigkeit schwächen, dass man gezwungen sei, zu Ergotin oder Forceps zu greifen.

2. Kreissende besitzen keine absolute Immunität gegen die schädlichen Wirkungen des Chloroform.

4. Chloroform sollte nicht in der III. Geburtszeit gegeben werden.

5. Der weitere Einfluss des Chloroforms auf das Puerperium bedürfe noch eingehender Forschung (!)

Wilson (Baltimore) hat unter 2—3000 Fällen von Chloroformanwendung bei der Geburt nie einen Unglücksfall erlebt; er giebt vorher stets ein alkoholisches Stimulans. Smith (Philadelphia) benutzt in der Geburtshülfe gewöhnlich Squibb's Aether, nur wenn er schnell absolute Bewusstlosigkeit und Relaxation haben wolle, dann sei Chloroform besser.

9) de Warker (Syracuse) über Intrauterinbehandlung der Flexionen. W. hält für Flexionen das Intrauterinpessarium nicht für definitiv heilend, sondern für nur symptomerleichternd und für milder, als irgend eine andere mechanische Stütze. —

Peaslee (New-York) will das Intrauterinpessar bei Retroflexion nicht angewandt wissen, wenn andere Mittel helfen; die Retroflexion hält er für heilbar durch andere Mittel als Intrauterinpessarien, gebraucht es jedoch bei Anteflexion unter besonderen Umständen. In 50 Fällen hat es ihm genügt, Beseitigung aller Symptome der Anteflexion zu erlangen, dadurch, dass er nur den I. Grad der Anteflexion herstellte, das kann aber durch einfachere Mittel als durch Stielpessarien erlangt werden; jedoch es giebt Ausnahmen. Im Allgemeinen ist ein Stielpessar (stem-pessary) zulässig bei Dysmenorrhoe, Sterilität und wenn keine Entzündungs-Erscheinungen vor der Periode bestehen.

Er versuche jedoch vorher eine andere Form von Pessarien, die er angegeben hat für Anteflexion aber auch für Retroflexion (Beschreibung desselben fehlt). Bei der Construction von Pessarien sei er von 3 Principien geleitet gewesen: 1. das Instrument darf auf keinen Fall drücken, 2. darf den Coitus nicht hindern, 3. muss mit Leichtigkeit von der Patientin selbst entfernt und wieder eingeführt werden können. Diesen 3 Principien genüge sein Instrument aus Fischbein gefertigt.

Thomas (Neu-York) warnt vor Intrauterinpessarien, er hält sie für geradezu lebensgefährlich; obwohl er keine Patientin verloren habe, so habe er doch oft genug Pelveoperitonitiden danach entstehen sehen, die leicht hätten lebensgefährlich werden können. Er glaube nicht, dass nur Stielpessarien den anteflectirten Uterus reponiren können; für congenitale Anteflexion hält er einen chirurgischen Eingriff für nöthig, bei der Nachbehandlung leisten Vaginalpessarien mit einem Knie gute Dienste.

Nöggerath hält die Stielpessarien für ein Mittel gegen Beschwerden, welche sich bei Dislocationen finden, nicht gegen die Dislocation selbst. Er wendet es hauptsächlich bei Anteflexion an, ganz exceptionell bei Retroflexion. Seine Pessarien sind aus Blei mit Flügeln aus Hartgummi; er hält, was unglückliche Folgen betrifft, einen Procentsatz von $^1/_2$ Mortalität für hoch genug im Gegensatz zu Thomas (1%) und einen solchen möchte wohl jedes chirurgische Mittel haben, das wir anwenden zur Beseitigung der fraglichen Symptome. Manchmal wendete er das Intrauterinpessar an, um den Cervicalcanal zu verengen, und doch verschwand die Dysmenorrhoe, ein Beweis, dass sie nicht durch die Enge des Canals erzeugt war.

Goodell hält ebenfalls die Stielpessarien für gefährlich; er wende Chamber's Instrument an und zwar stets so, dass der Stiel $^1/_2$ Zoll kürzer sein muss als das Uteruscavum.

A. H. Smith. Anteversion ist häufig abhängig von irgend einer pathologischen Affection der vorderen Wand; es werde daher selten ein Pessar vertragen ehe die Ursache des Uebels entfernt sei. — Er hält die Anteversionsstellung des Uterus für die normale. Congenitale Flexionen hat er nie gesehen.

Atlee hat in den meisten Fällen die fraglichen Beschwerden ohne den Gebrauch von Intrauterinpessarien heben können.

Wilson hat ebenfalls wenig Erfolg mit intrauteriner Behandlung bei Flexionen, ausgenommen die Retroflexionen, erzielt. Er glaubt, dass der grösste Theil von den Fällen von Dysmenorrhoe abhänge von Enge des inneren Muttermundes und dagegen genüge die Incision desselben.

10) Goodell, Fall von Vaginalovariotomie (der achte in Amerika), knüpft daran folgende 4 Schlussbemerkungen: 1. Entleerung der Cystenflüssigkeit mittelst des Aspirator ist nicht ohne Gefahr. 2. Man soll nie eine multiloculäre Cyste pungiren. 3. Gründliche Reinigung der Bauchhöhle war in seinem Falle nothwendig. 4. Drainage war in einigen Fällen wünschenswerth.

11) Battey (Rome Ga.) glaubt, dass seine Operation, Entfernung der functionirenden Ovarien, cfr. 14, in folgenden Fällen indicirt sei:

1. Bei gänzlichem Fehlen des Uterus, wenn daraus Lebensgefahr oder Gesundheitsbeeinträchtigung zu befürchten ist.

2. Bei Obliteration des Uterus und Vaginalhöhle und Unmöglichkeit, dieselbe wieder wegsam zu machen.

3. Bei Geisteskrankheiten und Epilepsie, die von Uterin- oder Ovarienkrankheiten reflectorisch abhängen, wenn jedes andere Mittel im Stiche gelassen hat.

4. Bei langen protrahirten psychischen und physischen Leiden abhängig von nervösen und vasomotorischen Störungen, die allen anderen Mitteln getrotzt haben.

12) Byford. Eisensubsulfat als Antisepticum in der Beckenchirurgie. B. hält dieses Präparat für das beste Antisepticum in allen Fällen, wo prima intentio nicht zu erreichen ist; besonders empfehlenswerth nach Ovariotomie im Falle bedeutender Adhäsionen. Lösung 1 auf 3 Wasser. Bei intrauteriner Behandlung Glycerin als Menstruum.

13) Parvin (Indianopolis). Fall von Tetanus nach Ovariotomie, ausgiebige Adhäsionen, Entfernung eines Stück Netz. Guter Verlauf bis zum 5. Tage, Tetanus, Tod am folgenden Tage.

Kimball erlebte einen ähnlichen Fall, Tumor 15 Pfund schwer, Tetanus am 12. Tage. Chadwick sah einmal Tetanus nach Entfernung eines grossen Uterusfibroms sammt dem Uterus.

14) Atlee (Philadelphia). 4 Fälle von Sarcomaovariotomie. In allen Fällen handelte es sich um verheirathete Frauen von 30 bis 32 Jahren; sie hatten alle geboren; alle Tumoren von rapidem Wachsthum, frei von Adhäsionen, deutlich gestielt und ohne uterine Complication. — Engelmann hält nach dem mikroskopischen Befunde diese Tumoren für Krebse.

Dritter Zusammentritt des Congresses am zweiten Mittwoch des September d. J. **Küstner** (Halle a/S.).

Casuistik.

19. **Breisky.** Spontane complete Inversio uteri.

(Prager med. Wochenschrift 1877. No. 20.)

Eine 34jährige Frau hat 2 mal, zuletzt vor fünf Jahren, geboren; sie leidet seit 2 Jahren an Metrorrhagien, bis ohne Blutung, aber unter wehenartigen Schmerzen, eine kindskopfgrosse Geschwulst vor die Genitalien tritt; dieselbe hing durch einen schmalen Stiel mit dem total invertirten Uterus zusammen. In den Stiel spritzten einige Arterien, derselbe wurde daher mit Draht abgebunden, dann dahinter die Abtragung vorgenommen. Wegen Jauchung und stellenweiser Nekrose der Uterusschleimhaut wurde kein Repositionsversuch unternommen.

24 Stunden nach der Aufnahme kam eine Hemiplegie dazu, die wohl mit Sicherheit auf eine Embolie zurückzuführen war.

Zur Entstehung einer Inversion ist eine Relaxation und Erweiterung der Uterushöhle nöthig, der Uterus braucht gar nicht atrophisch zu sein. Die vorhandene Blutung und Erschöpfung genügen, um die Relaxation herbeizuführen.

Fehling (Stuttgart).

20. **E. Grassi.** Spontane Reposition eines invertirten Uterus.

(Lo Sperimentale 1877. No. 7.)

Die 22jährige Patientin soll stehend geboren und unmittelbar darauf soll die Hebamme durch Zug am Nabelstrange die Nachgeburt entfernt haben. Die ersten Tage des Wochenbetts verliefen normal, sodann traten Blutungen ein, welche die Patientin zwangen am 15. Tage post partum die Lactation aufzugeben und wieder das Bett zu hüten. Am 38. Tage des Wochenbetts wurde die Patientin im Hospitale (Prof. Balocchi) zum ersten Male untersucht. Der Fundus uteri ragte als taubeneigrosser Tumor durch den äusseren Muttermund heraus. Repositionsversuche misslangen. Es wurde nun innerlich (Acqua di Pagliari) Ergotin gegeben und ein mit adstringirender Flüssigkeit getränkter Tampon in die Scheide eingeführt.

Als nach 2 Tagen der Tampon entfernt wurde fand man den Uterus reinvertirt. — Der Zustand der Patientin, welche seit einigen Tagen fieberte, erfuhr eine Verschlimmerung (Frostanfälle, abendl. Temp. 41° C.) und sie starb unter den Erscheinungen von Collapsus am 49. Tage nach der Geburt.

Der äusserst dürftige Sectionsbefund erlaubt gar keinen Schluss über die Todesursache; vom Uterus wird gesagt, dass er vollständig involvirt war und überhaupt nichts Abnormes bot. **Liebman** (Triest).

21. **F. Benicke.** Geburtsfall bei doppelter Gebärmutter und Scheide.

(Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkologie Bd. I. Hft. 2.)

Verf., zu obigem Fall hinzugerufen, nahm folgendenBefund auf. Der Uterus lag ganz in der Mitte des Unterleibs, am Fundus war nirgends ein Anzeichen von Bicornität. Der Introitus war durch ein Septum in eine weite linke und kleinere rechte Oeffnung getheilt, ebenso die ganze Scheide durch eine Fortsetzung desselben in 2 Canäle, von denen der linke weiter war. Im linken Vaginalgewölbe war bei vollständig erweiterter Oeffnung der Kopf zu fühlen, im rechten eine geschwollene, gelockerte Portio mit geschlossener Oeffnung. Der Körper des nicht schwangeren Uterus liess sich nicht palpiren, die Sonde ging 11 Ctm. weit nach hinten ein. Das Becken war mässig platt. Die Geburt wurde durch die Zange beendet.

In der Narkose liess sich unmittelbar darauf deutlich durchfühlen, dass die Uteri bis herab zum Scheidenansatz völlig getrennt waren. Das Septum war an der hinteren Commissur 1 Ctm. weit abgerissen, 11 Tage hernach fanden sich nur noch Reste davon an der vordern und hindern Wand. Zur selben Zeit maass die rechte Uterinhöhle 8, die linke 7 Ctm., der rechte Uterus war mässig retrovertirt.

Die Anomalie muss bezeichnet werden als Uterus didelphys, nicht zu verwechseln mit Uterus bicornis duplex, wo die Uteri wenigstens mit dem untern Theil zusammenhängen. Es ist wahrscheinlich der 4. beim Erwachsenen beobachtete derartige Fall, und zugleich die einzige Beobachtung über Schwangerschaft in einem derartigen Uterus.

Mit C. Braun, der das Septum in solchen Fällen von Anfang an durchschneiden will, ist Verf. nicht einverstanden, da dasselbe in mehreren Fällen erhalten blieb, eine Durchschneidung ist nur nöthig, wenn es ein wirkliches Geburtshinderniss darstellt. **Fehling** (Stuttgart).

22. **Chadwick.** Geburtscomplication mit einem Fibrom und Placenta praevia.

(Verhandl. der amerik. Gesellsch. für Gynäkologie zu Boston 1877. p. 255.)

Primipara v. 42 J., Menorrhagie und Metrorrhagie seit Jahren. Vor fünf Jahren ist ein Unterleibstumor diagnosticirt. Seit 5 Monaten starke Zunahme des Abdomen. Aesserlich uterine Fibroide diagnosticirt, innerlich: kein Tumor zu fühlen. Bei der Geburt entsteht eine bedeutende Blutung. Tamponade mit Colpeurynter. In der Narkose manuelle Erweiterung des Uterus, Placenta prävia, grosses Fibroid der vorderen Wand, Ergreifen eines Fusses. Extraction sehr schwer, das lebende Kind soll ungefähr 10 Pfund gewogen haben. Als die Placenta nicht kommen wollte, wurde die Hand eingeführt, und dabei ein transversaler Riss gerade da, wo die Vagina an der hintern Uteruslippe sitzt, gefühlt. Tod am 5. Tage. **Fritsch** (Halle a/S.).

23. **G. Thomas.** Ein Fall von Laparotomie bei Abdominalgravidität.

(Verhandl. der amerik. Gesellsch. für Gynäkologie zu Boston 1877. p. 185.)

Frau von 26 Jahren hat ein Kind geboren. Viele Schwangerschaftsbeschwerden, fühlte deutlich Kindsbewegungen; Verf. schwankte zwischen der Diagnose eines Ovarialtumors und extrauteriner Gravidität. Auch die mikroskopische Untersuchung der aspirirten (4 Quart seropurulenter) Flüssigkeit liess die Diagnose nicht sicher stellen. Bei der Operation wurde das Peritoneum sehr verdickt gefunden. Ein schon längst abgestorbenes Kind kam zum Vorschein und konnte ohne Mühe extrahirt werden. Es wog 7 Pfund. Die Placenta war nicht zu sehen, der ante-

vertirte Uterus war fixirt. Da Verf. in einem Fall von Tubargravidität, bei welchem er das Kind von der Vagina aus entfernte, die Frau beinahe durch Blutverlust während einer Anstrengung die Placenta zu extrahiren verlor, so wurde hier die Placenta in situ belassen. Eine weite Glasröhre kam in die Wunde, welche Verf. mit Silberdraht schloss. Antiseptische Injectionen entfernten die Jauche. Erst nach 5 Wochen sah man in der Bauchwunde einen Theil der verfaulten Placenta, welche nun durch leichte Rotation extrahirt werden konnte.

Verf. beobachtete schon 7 ähnliche Fälle von Platzen der extrauterinen Cyste. Zwei Fälle endeten glücklich durch Perforation ins Rectum. In 2 Fällen trat der Tod ein, nachdem mit dem Aspirator der Liquor amnii entfernt war. In einem Fall starb Pat. nach Durchbruch der Cyste ins Rectum an Septikaemie. Im 6. Falle trat Heilung nach Entfernung des Fötus durch Elytrotomie ein. Der 7. ist der mitgetheilte Fall.

In der Discussion wird die Frage, ob die Placenta entfernt oder im Leib gelassen werden soll, besprochen. Eine Diagnose durch mikroskopische Untersuchung der aspirirten Flüssigkeit ist oft deshalb unmöglich weil Eiterbildung und Entzündung eingetreten ist. **Fritsch** (Halle a/S.).

24. **Hart.** Spontane Uterusruptur Gastrotomie, Heilung.

(Journ. de méd. et. de chir. 1877. Juli. Bd. XLVIII. p. 323.)

Frau von 37 Jahren, 4. Geb. Conjug. 7,9 Ctm. 2 mal früher Zange. Während H. touchirte, um wegen Zangenapplication die Kopfstellung zu bestimmen, tritt eine heftige Wehe ein, ein Blutstrom stürzt aus der Vulva, die Ruptur und der Austritt des Kindes sind plötzlich erfolgt. 10 Stunden später Gastrotomie. Das 4 Kilo schwere Kind lag sammt der Placenta im Leib, der Uterus war sehr fest contrahirt. Der Riss befand sich tief unten dicht über der Vagina und liess keinen Tropfen Blut heraus. Nach einem Monat war die Frau völlig gesund. **Fritsch** (Halle a/S.).

25. **W. T. Greene.** 2 Fälle von Placenta praevia mit Liquor ferri behandelt.

(Med. Presse 1877. Mai 30.)

Der 1. Fall betraf eine 40jährige Mehrgebärende. Dieselbe hatte ziemlich viel Blut verloren, die Placenta lag vor, der Muttermund war thalergross, 45 grm. einer verdünnten Eisenlösung wurden gegen die blutende Fläche gespritzt. Es fand sich, dass die Placenta die hintere Lippe nur wenig überragte. Bei erneuter Blutung wurde das Stypticum mit demselben günstigen Erfolg wieder angewendet. Eine Stunde darauf folgte die Geburt eines todten Kindes, die Frau erholte sich.

Im 2. Fall war die Blutung bei einer Mehrgebärenden nicht so bedrohend. Die Placenta lag vor, der Muttermund war fast völlig erweitert. Einspritzung von verdünntem Liquor stillte die Blutung wie im 1. Fall. Kurz darauf Wendung und Geburt eines lebenden Kindes. Die Frau genas. **Underhill** (Edinburg).

26. **Seydel.** Theilweise Geburt eines grossen Fibromyoma uteri. Abtragung des geborenen Tumors. Heilung.

(Deutsche Zeitschr. für prakt. Medicin 1877. No. 15.)

Pat., 36 Jahr alt, hat 5 mal geboren, leidet seit längerer Zeit an bedeutender Anämie in Folge von Blutungen. Der schmerzlose etwas bewegliche Uterus hat die Grösse eines im 5. Monat schwangeren, Vagina weit glatt, im Beckeneingang fühlt man einen grossen Tumor, welcher das Scheidengewölbe auseinandergezerrt hat. Der äussere Muttermund wurde als weiter Schlitz links hinten gefühlt. Nach 47 Ergotininjectionen und kräftiger Nahrung Besserung. Zwei Jahr später war die Anämie wieder erheblich, aus der Vulva ragte ein stark gänseeigrosser, auf der Oberfläche ulcerirter Tumor hervor, der nach oben in die Hauptmasse des Tumor überging. Nach 2 Tagen unter heftigen Schmerzen spontane Geburt einer mannskopfgrossen Geschwulst, Dammriss. Die Geschwulst hatte einen Stiel von 45 Ctm. Umfang, sie wurde mit Scheere und Ecraseur (der sich, wie immer bei grossen Geschwülsten, als unzureichend erwies) abgetragen. Der Tumor wog 3 Kilo. Leider ist über die Beschaffenheit resp. Grösse des Uterus nach der

Operation nichts gesagt. Circa ½ Jahr später fand sich ein Tumor von der Grösse eines im 6. Monat schwangeren Uterus, von dem Verf. annimmt, dass er sich aus einem zurückgebliebenen Reste entwickelt habe.

Fritsch (Halle a/S.).

27. **Poncet.** Uterintumor von enormer Grösse.

(Lyon med. Bd. XXV. No. 25. p. 262.)

Unverheirathete Frau von 38 Jahren bemerkte vor 4 Jahren einen Tumor im Leib. Beim Touchiren fühlt man einen Tumor, welcher die hintere Muttermundslippe in die Vagina hineintreibt, vordere Lippe sehr verdünnt. Aeusserlich ovoider, unregelmässiger, fluctuirender Tumor. Nach der Untersuchung treten Schüttelfröste ein, Pat. stirbt 48 Stunden später. Bei der Autopsie findet man einen Tumor von der Grösse eines graviden Uterus, 12 Kilo schwer. Der Tumor vergrössert den Uterus, die Länge der Höhle beträgt 30 Ctm. Die vordere Uterinwand ist verdickt, die hintere Wand ist in den Tumor aufgegangen, der Arbor vitae ist vorhanden, so dass der ganze Tumor im Corpus uteri sich entwickelt hat. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt ein Fibromyom. Cysten sind nicht vorhanden. Ausserdem liess sich eine jauchige Peritonitis nachweisen, ohne irgend welche Zeichen einer früher schon dagewesenen Affection. Verf. glaubt, dass bei dem Gefässreichthum des Tumors eine Infection beim Touchiren die Sepsis herbeigeführt habe.

Fritsch (Halle a/S.).

28. **Villeneuve.** Exstirpation eines elephantiasischen Tumors.

(Jour. de méd. et de chir. 1877. Juni. p. 269.)

Eine Frau bemerkte schon im 7. Lebensjahre eine eigrosse Anschwellung der rechten Schamlippe; man hielt dieselbe für einen Bruch und liess ein Bruchband tragen. Bei der Verheirathung war der Tumor gross wie eine Melone. Er wuchs sehr während der Schwangerschaft, hinderte aber die Geburt nicht. Später aber konnte Pat. nicht gehen. Der Tumor ist ganz rund, fluctuirt stellenweise und ist überall weich. Er wird ligirt und abgeschnitten, die Ligatur gleitet, enorme Blutung, 22 Ligaturen, rapide Heilung. Der Tumor wiegt 10 Kilo und 200 Grm. Mikroskopische Untersuchung fehlt. Verf. fand nur 4 ähnliche Fälle in der Literatur.

Fritsch (Halle a/S.).

29. **Skene.** Narben des Uterus und der Vagina.

(Verhandl. d. amerik. Gesellsch. für Gynäkologie zu Boston 1877. p. 91.)

1) Gesunde Frau von 30 J., 12 Jahr verheirathet, Coitus unmöglich. Stark stricturirte Vagina, subacute Vaginitis, enorme Schmerzhaftigkeit bei der Berührung. In der Kindheit Typho-malaria-Fieber. Heilung in 4 Monaten.

2) Eine Frau, die zwei Kinder hatte, war mit Causticis behandelt worden, narbige Strictur am Os uteri und in der Scheide. Heilung in 2 Monaten.

3) Nach einer schweren Zangengeburt bleiben Schmerzen beim Gehen zurück. 3 Zoll lange Narbe auf der linken Seite. Trennung der Narbe. Heilung.

Die Behandlung ist folgende: Wenn möglich soll man die Narbe herausschneiden und gesundes Gewebe aneinandernähen. Ist die Narbe festgewachsen, so wird sie beweglich gemacht. Bei grossen Narben theilt man sie mit dem Messer in verschiedene Partien, und wendet dann bei Vaginalnarben das Glasdilatatorium von Sims, bei Cervixnarben Laminaria an. Diese Dilatation muss lange fortgesetzt werden, dann ist Heilung sicher.

Fritsch (Halle a/S.).

30. **Barié.** Paraplegie nach der Menopause.

(Journ. de méd. et de chir. 1877. Juli. Bd. XLVIII. p. 317.)

Gewöhnlich tritt die Menopause ohne Gefahren für das Allgemeinbefinden ein. Die gegentheiligen Fälle sind selten. Mesnet berichtet von einem Fall von Paraplegie 3 Monat nach der Cessatio mensium, Desnos erwähnt einen ähnlichen Fall. Die Patientin des Verf. konnte im Liegen ihre Beine besser bewegen als im Stehen, dies wird so erklärt, dass eine Flüssigkeit im Canal. spinal. sich beim Liegen mehr vertheile. In allen Fällen tritt Heilung ein. Es wird angenommen, dass die Exsudation in den Canal. spin. quasi supplementär für die Menstruation sei.

Fritsch (Halle a/S.).

31. **Dolbeau.** Heilung einer Urachusfistel.

(Bull. de ther. Bd. III. p. 127.)

Ein Mädchen von 11 Monaten hat in der Mitte des Nabels einen Abscess von Erbsengrösse, der sich spontan öffnet. Einige Tage danach findet man, nachdem sich der Schorf von der Abscessöffnung abgestossen, einen 6—7 Mm. langen blassen wurmförmigen Fortsatz aus derselben hervorragen. In derselben erkennt Verf. den herniös hervorgestülpten Urachus, eine Oeffnung nach der Blase zu war an demselben nicht zu entdecken. Compressionsverband. Heilung.

Küstner (Halle a/S.).

32. **Nicolas.** Ein Fall von Asthma insensible.

(Journ. de Thér. 1877. No. 10—12.)

Ein 6jähriger Knabe leidet seit seinem 9. Lebensmonat an asthmatischen Anfällen, die in immer kürzeren Intervallen und in immer heftigerer Form auftraten, jedes Mal von einem mehr oder weniger schweren Bronchialkatarrh gefolgt waren und allen medicamentösen und klimatischen Behandlungsweisen trotzten; nur Schwefelbäder zeigten einen günstigen Einfluss. Verf. zieht aus seinem sehr detaillirten Bericht folgende Hauptschlüsse:

Das Asthma insensible ist ein essentielles ohne jede Complication von Seiten des Herzens oder der Lungen, es scheint von einer entzündlichen Schwellung der Schleimhaut des Larynx auszugehen, und die jedesmal folgende Bronchitis die Folge des Weitergehens derselben zu sein. Von den Symptomen ist die Abwesenheit jeder Contraction des Zwerchfells oder der den Thorax bewegenden Muskeln zu bemerken. Die Inspiration steht still weil die Ausdehnung des Thorax ihr Maximum erreicht hat und die Exspiration gehindert ist durch ein, wie schon bemerkt, wahrscheinlich im Larynx sitzendes Hinderniss. **Schellenberg** (Leipzig).

33. **Strapart.** Unstillbare Uterinblutungen bei einem jungen Mädchen von 13 Jahren; Transfusion, Heilung.

(Mitgetheilt der Soc. méd. de Reims.)

(Gaz. obstétr. 1877. No. 8.)

Ein $13^1/_2$jähriges Mädchen von kräftiger Constitution, sehr entwickelt für ihr Alter, welche seit $^1/_2$ Jahr unregelmässig menstruirte, wurde wegen einer seit 3 Wochen bestehenden heftigen Genitalblutung in das Hospital gebracht. Eine innere Exploration wurde nicht vorgenommen! Trotz der Behandlung mit Eis, Ergotin, Liquor ferri, u. s. w. vermehrte sich die Blutung, namentlich der Abgang von grossen Gerinnseln immer fort. Endlich nach weiteren 3 Wochen, nachdem Patientin schon fast sterbend war, entschloss man sich zur Transfusion (170 Grm. nicht defibrinirtes Blut). Nach einigen Tagen stand die Blutung und die Genesung schritt langsam voran.

Verf. ist der Ansicht, dass die Genitalorgane keinerlei Schuld an den Zufällen tragen, sondern dass es sich um hochgradige Chlorose handelte, bewiesen durch die mikroskopisch nachweisbaren Aglobulie. Durch die Transfusion ist die Zahl der Blutkörperchen vermehrt worden und dadurch Heilung eingetreten.

Schellenberg (Leipzig).

34. **Richardson.** Chloral in der geburtshülflichen Praxis.

(Verhandl. d. amerik. Gesellsch. für Gynäkologie zu Boston 1877. p. 246.)

Verf. empfiehlt Chloralhydrat bei Vomitus gravidarum. Früh und Abends sollen circa 1,5 Grm. per Clysma verabreicht werden. Ferner hat es bei Nachwehen, während der Geburt, bei Eclampsie und Schlaflosigkeit im Puerperium vorzüglichen Erfolg. Eine Anzahl Fälle werden zum Beweise mitgetheilt.

Fritsch (Halle a/S.).

Einladung

zur

Gründung einer Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie.

Eine grössere Anzahl Deutscher Geburtshelfer und Frauenärzte hat beschlossen, eine Gesellschaft für Gynäkologie zu gründen.

Die Unterzeichneten wurden beauftragt, die Statuten zu entwerfen und die Vorbereitungen für die erste constituirende Versammlung der Gesellschaft, welche am 15. und 16. September in München tagen wird, und in deren erster Sitzung die Statuten festgestellt werden sollen, zu treffen.

Wir laden diejenigen Herren Fachgenossen, welche der neuen Gesellschaft als Mitglieder beizutreten wünschen, ein, sich Sonnabend den 15. September, Vormittags 10 Uhr, im Münchener Polytechnicum einzufinden.

Folgende Vorträge sind bis jetzt angekündigt worden:

1) Amann (München): Ueber die mechanische Behandlung der Versionen und Flexionen des Uterus.
2) Credé (Leipzig): Ueber Kephalothrypter und Kranioklaster.
3) Fürst (Leipzig):
   1) Psycho-physisches über den Neugeborenen und jüngeren Säugling.
   2) Zur Frage des Dammschutzes, besonders bei älteren Erstgebärenden.
4) Hegar (Freiburg i. Br.): Ueber Exstirpation normaler Ovarien.
5) Kaltenbach (Freiburg i. Br.):
   1) Ueber Hyperplasie der Decidua am Ende der Schwangerschaft.
   2) Ueber tiefe Cervical- und Vaginalrisse bei der Geburt.
6) Leopold (Leipzig): Ueber die Schleimhaut des Uterus im Wochenbette und ihre Regeneration.
7) Spiegelberg (Breslau): Ueber die Pathologie des Puerperalfiebers.
8) J. Veit (Berlin): Ueber die Bedeutung der Erosionen der Portio vaginalis.
9) Wernich (Jeddo): Ueber Becken- und Entbindungsverhältnisse ostasiatischer Völker, mit Demonstrationen.
10) Winckel (Dresden): Ueber eine neue Methode zur Vervollständigung des Unterrichtes in der Gynäkologie, mit Demonstration von Präparaten und Abbildungen.

Weitere Anmeldungen von Vorträgen werden erbeten.

Credé	**von Hecker**	**Hegar**
in Leipzig.	in München.	in Freiburg i. Br.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S., an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Erster Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 10 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 13. **Sonnabend, den 15. September.** **1877.**

Inhalt: Olshausen, Zur Pathologie der Cervicalrisse (Original-Mittheilung).
1. **Leopold,** Uterusschleimhaut. — 2. **Trall,** Bevölkerungstheorie. — 3. **Irvine,** Gefässe bei Chlorosis. — 4. **Courty,** Histologie des Uterus. — 5. **Howitz,** Contraindication der Ovariotomie. — 6. **Ritter,** Hämophilie. — 7. **Williams,** Amenorrhöe. — 8. **Schenkl,** Hysterischer Augenschmerz. — 9. **Faye,** Perforation. — 10. **Nerazzini,** Uterusexstirpation statt Kaiserschnitt. —
11. **Chiamenti,** Spondylotomie. — 12. **Romiti,** Peritonitis. — 13. **Rokitansky,** Mangel der Vagina. — 14. **Bentzien,** Doppelbildung der Frucht. — 15. **Netzel,** 16. **Underhill,** Myom. — 17. 18. **G. Heath,** Ovariotomie. — 19. **Bourneville,** Compression des Ovarium. — 20. **Grigg** und **Cowell,** Abdominalcyste bei einem Knaben. — 21. **Duncan,** Amenorrhoe. — 22. **Holland,** Retroflexio. — 23. **Hutchinson,** Spina bifida. — 24. **Panas,** Coccygealtumor. — 25. **Ingerslev,** Trismus. — 26. **Nyrop,** Amputatio uteri inversi. — 27. **Benoît** u. **Monteils,** Hypertrophie der Brust. — 28. **Larcher,** Tiede Fibrom. — Druckfehlerberichtigung.

I. Zur Pathologie der Cervicalrisse.

Von

R. Olshausen.

Die Mittheilungen Emmet's haben auf die Nachtheile aufmerksam gemacht, welche grosse Rupturen des Cervix uteri bedingen können. Den von Emmet hervorgehobenen Folgen hat Breisky weitere hinzugefügt. Er glaubt, dass auch peri- und parametritische Processe in Folge der Cervicalrisse entständen, vielleicht auch die Entwickelung von Carcinom durch sie begünstigt werde. Ohne zu untersuchen, in wie weit beide Autoren in der Schilderung, oder richtiger gesagt, in der Herleitung der Krankheitserscheinungen von den Rissen des Cervix im Rechte sind, will ich hier nur auf eine Folge aufmerksam machen, welche, wie mir seit lange zweifellos ist, grosse Cervicalrupturen bisweilen haben können und die ich dennoch in den Mittheilungen beider genannter Autoren, wie auch in derjenigen Rokitansky's, vermisse.

In seltenen Fällen und nur bei sehr grossen Rupturen, welche an der Innenseite des Cervix noch erheblich über den Ansatz des Scheidengewölbes hinausreichen, kann bei späterer Schwangerschaft Abort eintreten und selbst in einer Reihe von Schwangerschaften sich wiederholen. Von einer Anzahl derartiger Fälle, wo ich diese Ursache wiederholter Aborte habe annehmen müssen, will ich zwei kurz mittheilen:

Frau Schliephake, 24 Jahr, seit 7 Jahren verheirathet, hat ihr erstes Kind ausgetragen und lebend geboren. In der zweiten Schwangerschaft trat mit sechs Monaten Eclampsie auf, welche zur Unterbrechung der Schwangerschaft führte.

Die Entbindung fand künstlich und »mit der Hand« ohne Instrumente statt. Dann folgten nur noch Frühgeburten, stets ohne vorausgegangene oder die Geburt complicirende Krankheiten.

Die 3. Schwangerschaft wurde im 4. Monat, die 4. im 6., die 5., 6., und 7. im 4. Monat unterbrochen. Acht Monate nach dem letzten Abort fand ich (Juni 1871) den nicht schwangeren Uterus in normaler Lage, die Portio vaginalis links in hochgradigster Weise ein- oder vielmehr durchgerissen bis ans Scheidengewölbe. Der Cervix war weit zugängig und man konnte den Riss noch hoch in der Cervix hinauf mit dem Finger verfolgen, bis an das Orificium internum oder doch in seine nächste Nähe. So weit war der Cervicalcanal selbst bis oben hin geöffnet. Ectropium war nur minimal vorhanden, weil rechterseits jeder grössere Einriss fehlt. — Andere Anomalien der Beckenorgane wurden nicht gefunden.

Die Patientin ging auf die zur Verhütung weiterer Aborte ihr vorgeschlagene Operation der Naht des Risses nicht ein und hat seitdem noch einmal abortirt, aber kein Kind wieder ausgetragen. Bemerkenswerth ist noch, dass die ausgestossenen Früchte stets frisch, nie macerirt zur Welt kamen. Von Lues der Frau und des Mannes war nach Aussage des sehr zuverlässigen Hausarztes keine Rede.

Frau Witte, 29 Jahr, hat zuerst ein Kind »im 8. Monat« geboren; dasselbe hatte eine Querlage; es kam frisch abgestorben zur Welt. Danach hat sie im 3. Monat, im 4., nochmals im 4., im 7. und im 6. Monat abortirt. Alle Kinder sahen bei der Geburt frisch aus; das im 7. Monat Geborene lebte eine Stunde. — In der nun folgenden Schwangerschaft, der 7., sah ich die Kranke und konnte ausser einer kaum pathologischen Retroversio allergeringsten Grades und tiefen Cervicalrissen keine Anomalie entdecken. Jederseits bestand ein Riss des Cervix, welcher auch an der Aussenseite der Portio bis über den Ansatz des Scheidengewölbes sich fortgesetzt hatte. Innerlich gingen die Rupturen anscheinend noch höher hinauf. Von einer Einklemmung des Fundus uteri im kleinen Becken war keine Rede. Dazu war die Retroversio viel zu gering. Auch war der Fundus schon über dem Becken. Der Abort erfolgte 12 Wochen nach der letzten Menstruation. In der nächsten Schwangerschaft bestand keine Retroversio. Der Abort erfolgte 17 Wochen

nach der letzten Menstruation. Auch in diesem Falle war das Ectropium des Muttermundes nur mässig, trotz der beiderseitigen Einrisse. Die genaue Untersuchung der Frau, wie ihres Mannes ergaben ebensowenig wie die Anamnese Verdachtsgründe für Lues.

Das Zustandekommen des Aborts in solchen Fällen hängt, wie ich glaube, mit der bei dem Klaffen des Cervix frühzeitigen Entblössung des unteren Eipols zusammen. Diese letztere giebt dann zur Erregung von Wehen oder Läsion der Eihäute Veranlassung.

Man hat Gelegenheit in seltenen Fällen auch ohne besonders grosse Cervicalrisse Aborte auf ähnliche Weise entstehen zu sehen. Bei chronischen Uterinkatarrhen, besonders blennorrhoischen, kommt es öfter schon in der Mitte der Schwangerschaft zu einer allmäligen, dann trichterförmigen Eröffnung der Cervix. Um den 6., 7. oder 8. Monat öffnet sich dann das Orificium internum und der Abort tritt ein. Ich habe öfter in solchen Fällen den Eintritt eines Partus immaturus oder praematurus voraussagen können.

---

1. **Leopold.** I. Studien über die Uterusschleimhaut u. s. w. II. Die Uterusschleimhaut während der Schwangerschaft und der Bau der Placenta.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XI. Hft. 3. p. 443.)

In der umfassenden zum grossen Theil auf eigenen Untersuchungen basirenden Arbeit wurden besonders, wie Verf. einleitend sagt, folgende 7 Gesichtspuncte berücksichtigt:

1) Bau der Decidua vera und Veränderungen der Drüsen bei normaler und bei Extrauterinschwangerschaft.

2) Abgrenzung der Schleimhaut gegen die Muskulatur.

3) Der Bau und die Veränderungen der Reflexa.

4) Structur und Veränderungen der Serotina.

5) Entstehung und Wachsthum der Placenta.

6) Spontane Venenthrombosen in der Muskulatur und in der Serotina am Ende der Schwangerschaft.

7) Cervix uteri während der Schwangerschaft und die Lage des inneren Muttermundes.

Das Verhalten der Drüsen während der Deciduabildung ist in den 3 Deciduen ein sehr verschiedenes. In der Reflexa sind es mehr kurze gleichmässige Räume oder Spalten, die vom 5. Monat an durch Verklebung verschwinden, wogegen sie in der Serotina zu weiten Maschen umgewandelt werden. Die Vera erreicht ihre grösste Dicke im 5. Monat, von da ab wird sie durch das immer mehr wachsende Ei abgeplattet bis zum Ende der Gravidität auf 1—2 Mm. Dicke; das Epithel auf der Oberfläche selbst im 1. Monat nur selten noch sichtbar erhält sich leidlich gut in den Drüsenfundis, wenn auch zuletzt nur als Cubi oder Platten. Die Epithelzellen im 4. Monat etwa um das sechs- bis zehnfache kleiner als die Deciduazellen dieses Monats lassen sich morphologisch immer mit diesen streng

auseinander halten und lassen die diesbezüglichen Befunde nicht einmal die Vermuthung einer genetischen Beziehung beider Formen zu einander aufkommen. Auch dafür, dass sich Deciduazellen aus weissen umgewandelten Blutkörperchen umbilden, liegen keine hinreichenden Befunde vor, wohl aber für die Vermehrung der Deciduazellen durch Theilung. — Die Zotten des Chorion laeve sind etwa im 6.—7. Monat noch als kuglige Gebilde nachweisbar.

An der Reflexa ist sehr gut die Thatsache zu constatiren, dass die Zotten nur eine Epithelschicht tragen; die Zotten haften oft direct an den Deciduazellen, einen Ueberzug dieser oder einen zweiten Epithelmantel tragen sie nicht. Der 5. Monat ist der Termin der Verklebung der Reflexa mit der Vera. Nachdem dieselbe erfolgt ist sind Gefässe in der Reflexa nicht mehr nachzuweisen.

Die Grenze zwischen Schleimhaut und Muskulatur bleibt immer scharf, wenn auch etwa vom 4. Monat an zu beobachten ist, dass die Drüsenfundi zwischen die Muskelbalken ein kleines Stück hineinhängen. Der Bau der Placenta beginnt im 2. Monat mit dem Einwachsen der Chorionzotten in die compacte Schicht und Sprossentreiben der letzteren zwischen jene. Ein Einwachsen der Zotten in die Uterindrüsen findet nicht statt, sondern es gewinnt durch L.'s Untersuchungen die Thatsache neue Stützen, dass die Zotten in die sehr erweiterten Blutgefässe der Serotina einwachsen und zwar mit Durchbrechung der Gefässendothelschicht (entgegen Turner). Die Arterien der Serotina gehen, ohne Capillaren zu bilden, in die Cavernen der Placenta über, aus diesen entspringen ohne Weiteres die Venen. Eine subchoriale Decidua hat L. nur am Rande der Placenta finden können (Schlussplatte — Winckler). Die zwischen ihr und der Serotina die Placenta durchsetzenden Zapfen zeigen hier und da einen Endothelsaum, der sie gegen die Bluträume abgrenzt (Rest des Endothels der einstigen Capillaren). Im 5. Monat zeigt sich das erste Auftreten von Riesenzellen in der Serotina, dieselben lagen stets nur den dünnwandigen Gefässen an, ein Hervorgehen derselben aus den Uteroplacentargefässen (Waldeyer-Romiti) war jedoch nicht nachzuweisen. Sie veranlassen die von Friedländer entdeckte spontane Venenthrombose in den letzten Monaten; auch diese konnte L. bestätigen (vgl. Centralbl. No. 4.). Das erste Auftreten des Randsinus fand L. im 5. Monat, er ist als Abzugssystem anzusehen, entsprechend der wachsenden Blutmenge bilden sich im weiteren Verlauf der Schwangerschaft diesem Sinus noch Parallelsysteme. — Ueberzeugt man sich Ende der Gravidität durch allmäliges manuelles Trennen der Placenta vom Uterus — eine Trennung, die der natürlichen möglichst nahe kommt, — dass dieselbe allenthalben in der Drüsenschicht (Langhans) nicht in der compacten (Friedländer) erfolgt, so sind die zurückbleibenden Deciduareste besonders im Centrum der Placenta meist minimale; meist ist es nur eine Schicht Drüsenfundi mit meist noch erhaltenem Epithel. Dagegen entbehren die keulenartigen Zottenköpfe Ende

der Gravidität meist des Epithels, nur an der geringsten Anzahl derselben ist es noch vorhanden, wodurch glaubhaft wird, dass auch noch in einer späteren Zeit der Schwangerschaft neue Verbindungen zwischen Placenta foetalis und materna vor sich gehen. Die gefässlosen Filamente, welche sich zwischen Zottenköpfen und Placenta-materna-Zellen finden, hat L. (entgegen Turner) nie mit Epithel bekleidet gesehen. Was den inneren Muttermund betrifft so fordert L. für die vollkräftige Beweisgültigkeit der Bandl'schen Ansicht anatomische Belege und hält besagte Ansicht nach seinen Untersuchungen für nicht richtig. (Ref. erklärt sich mit der Forderung einverstanden, ist jedoch was die Unrichtigkeit der Bandl'schen Ansicht betrifft anderer Meinung und verweist einstweilen auf dieses Blatt No. 11 vorl. Mittheilung.) **Küstner** (Halle a/S.).

---

2. **Trall.** Eine neue Bevölkerungstheorie hergeleitet aus dem allgemeinen Gesetz thierischer Fruchtbarkeit.

Leipzig, **Lesimple's** Verlag, 1877.

Nach einer weitschweifigen philosophischen Abhandlung, in welcher Verf. den Begriff des Lebens als Gleichstellung von Wirkungen definirt, geht er zur Besprechung der Fruchtbarkeit der niedersten pflanzlichen und thierischen Organismen über, an welchen er eine mit der früheren Entwicklung des Individuums abnehmende Gegnerschaft zwischen der Fortpflanzungsfähigkeit und dem Vermögen das individuelle Leben zu erhalten nachweist. Indem er dieses Gesetz bis zu den höchsten Thieren und zu dem Menschen verfolgt, zeigt er, wie mit dem Zunehmen des letzteren Vermögens eine höhere Entwicklung des centralen und peripheren Nervensystems, welches von ihm das gleichstellende System genannt wird, einhergeht und somit die Fruchtbarkeit in demselben Maasse abnimmt als die intellectuelle Entwickelung fortschreitet. Dieses »gleichstellende System« soll bei dem Befruchtungsvorgange aus der männlichen Samenzelle entstehen, die übrigen Organe, welche er »gleichzustellende« nennt, verdanken dagegen der weiblichen Eizelle ihren Ursprung.

Die Anwendung des Gesetzes thierischer Fruchtbarkeit auf die menschliche Bevölkerung ist folgende: die zur Zeit übermässige Fruchtbarkeit des menschlichen Geschlechts wird durch die fortschreitende Cultur allmälig begrenzt. Dieser Fortschritt in der geistigen Entwicklung wird dann einen Stillstand erreichen, wenn durch eine möglichste Vervollkommnung intellectueller Fähigkeiten ein idealer Glückszustand eingetreten ist. Zu demselben Zeitpunct soll dann auch der Fruchtbarkeitsüberschuss soweit beschränkt sein, dass sich Fortpflanzungsvermögen und »gleichstellende« Kräfte die richtige Waage halten. Diese »neue« Bevölkerungstheorie ist nach den Nachforschungen des Herrn Dr. Vetter (Augsburger Allgem. Zeit. No. 177 Beilage. 1877) eine wortgetreue Uebersetzung eines im Jahre 1852 in der »Westminster Review« ohne Angabe des Autors veröffentlichten Artikels.

Engelhorn (Stuttgart).

---

3. **J. P. Irvine.** Ueber das Verhalten des Herzens und der Gefässe bei Chlorosis.

(Bost. med. Journ. 1877. Juni 16.)

Die wichtigste Veränderung in den Circulationsorganen bei Chlorosis ist Dilatation des Ventrikel, besonders des linken, nachweisbar durch objective und subjective Zeichen. Virchow bezog dieselbe auf Enge der Gefässe. Die zu hörenden Geräusche sind nach Art und Ort sehr verschieden, im ganzen an sechserlei Stellen zu hören. Die Ursache der Geräusche kann sein unregelmässige Schwingung der Klappen, unregelmässige Contraction der Papillenmuskeln, selten wirkliche Insufficienz der venösen Ostien. Das Venensausen wird am häufigsten auf der rechten Seite des Halses gehört, und ist bedingt durch die Wirkung der Inspiration auf das schnellere Einströmen von Blut in die Venen.

Therapeutisch empfiehlt sich besonders Tinct. Bellad. oder eine Verbindung derselben mit Eisen. **Fehling** (Stuttgart).

---

4. **A. Courty.** Ueber die histologischen Veränderungen des Uterus in ihren Beziehungen zu den Haupterkrankungen des Organs.

(Gaz. hebdom. 1877. No. 23.)

Man findet am Uterus wie in anderen Organen homöoplastische und heteroplastische Neubildungen; das unterscheidende von anderen Organen ist aber, dass histologische Veränderungen häufiger vorkommen und einen viel rascheren Entwicklungsgang durchmachen entsprechend der dem Uterus überhaupt eignen Vitalität. Ausserdem finden sich Gewebsbildungen, die weder in der Form noch in der Raschheit der Entwicklung Analogie mit denen anderer Organe zeigen, zusammenhängend mit dem fortwährenden Wechsel, der in progressiver und regressiver Bildung im Uterus vor sich geht. Ausserdem finden sich stets embryonale Elemente im Uterus, deren Vorkommen, abgesehen vom Embryo, sonst stets für pathologisch gelten muss.

Fehling (Stuttgart).

---

5. **Howitz.** Beiträge zur Lehre von den Contraindicationen der Ovariotomie.

(Gynäkol. u. obstetr. Mittheilungen Bd. I. Hft. 1.)

Zur Beleuchtung dieser Frage benutzt Verf. sein reiches Material, welches 88 vollendete Ovariotomien, 4 unvollendete und 5 Explorativincisionen umfasst. In Bezug auf die Unmöglichkeit der Exstirpation nennt er in erster Reihe die Adhäsionen, und verweist hier besonders bei dem namentlich von Kaltenbach beschriebenen Einwachsen der Geschwulst zwischen die Blätter der breiten Mutterbänder, welches Verhältniss 5 Mal getroffen wurde. Rücksichtlich der Diagnose dieser Fälle wird besonders die Exploratio rectalis nach Simon

empfohlen. Diese Complication will H. nicht für eine Contraindication der Operation halten, wesentlich in Bezug auf folgende Fortschritte in der Technik: 1) die mögliche Exstirpation der Gebärmutter in mehr oder minder grosser Ausdehnung, 2) die Exstirpation der Geschwulst aus ihrem Peritonealüberzug, 3) die antiseptische Methode, und 4) das Thermokauterium. Was die Antiseptik betrifft, hat Verf. diese in der letzten Zeit bei seinen Operationen streng durchgeführt, und muss mit den Resultaten zufrieden sein. In Bezug auf die localen Verhältnisse der Geschwulst soll eine carcinomatöse Natur derselben nach Verf. nur dann die Operation contraindiciren, wenn die Neubildung schon weit um sich gegriffen hat. Eine enorme Grösse der Geschwulst wird die Gefahren bedeutend mehren, als Contraindication ist sie aber nicht zu betrachten. Unter allgemeinen Krankheiten wird Phthisis besprochen, welche nach Verf. nur im sehr vorgerückten Stadium und bei rapidem Verlaufe eine Ovariotomie contraindiciren kann, während eben diese Krankheit uns zur frühzeitigen Operation bringen muss. Bei Herzkrankheiten ist die Operation auch berechtigt, aber die nach der Operation veränderten Circulationsverhältnisse müssen hier als ein gefährliches Moment im Auge behalten werden. Ebenso verschlechtern die Nierenkrankheiten die Prognose, ohne jedoch eine absolute Contraindication zu bilden. Dasselbe gilt von den Uterusfibromen, sie geben nicht, wie Peaslee will, eine völlige Contraindication, doch kann dadurch früher die Operation nöthig werden. Die Schwierigkeit liegt in der Diagnose zuweilen auch in der Operation, indem es nöthig werden kann, die Incision mehr nach der Seite zu legen. In Bezug auf die Complication mit Schwangerschaft schliesst sich Verf. der Meinung von Spencer Wells an, bei soliden und multiplen Geschwülsten möglichst früh zu operiren. **Ingerslev** (Kopenhagen).

---

6. **G. Ritter.** Das Verhältniss der temporären Hämophilie der Neugeborenen zu Blutungen im späteren Alter und zu der Bluterkrankheit.

(Prager med. Wochenschrift 1877. No. 21 u. 22.)

Im X. Bd. des Archivs für Gynäkologie Hft. 2 hatte Kehrer sich für die Identität der bei Neugeborenen vorkommenden Blutungen mit der späteren Hämophilie erklärt unter Zurückweisung der von Verf. gegen die Identität beider beigebrachten Gründe. Den auch von Kehrer angeführten Unterschied, dass bei Blutungen Neugeborener das männliche Geschlecht bei weitem nicht so stark betroffen wird wie im späteren Alter will Verf. gar nicht zu seinen Gunsten ausbeuten; übrigens ist das männliche Geschlecht bei dieser Affection wie auch sonst bei Erkrankungen der ersten Kindheit etwas stärker betheiligt. Verf. betont, dass in der Mehrzahl der von ihm und Epstein angeführten casuistischen Fälle multiple Blutungen vorkamen; dass diese Blutungen sich auf gewisse Stellen mit Vorliebe

beschränken, liege in den den Neugeborenen eigenthümlichen Involutionsprocessen. Der eine von Kehrer für Vererbung der Bluterkrankheit angeführte Fall beweise nichts gegen die vielen hundert Fälle, wo dies nicht der Fall war; es sei dies auch schon deswegen unannehmbar, da die meisten von Blutungen befallenen Neugeborenen daran zu Grunde gehen.

Grandidier giebt von 104 Fällen mit bekannter Anamnese nur 10 an, wo Mutter oder Vater Bluter waren; eine Anzahl von Kindern solcher Mütter litt an Nabelblutungen, jedoch starb keines. Bedeutungsvoller sei die Vererbung von Gebrechen, der Anlage zu Ernährungsstörungen, welche den Eintritt von Blutungen erleichtern und vorbereiten.

Gegen die Identität beider Affectionen spricht auch die beschränkte Dauer der kindlichen Hämophilie, die meisten Fälle kommen in den ersten 2 Lebenswochen vor, dann schwindet die Blutungsneigung, wenn das Kind am Leben bleibt, die im 3. und 4. Jahr auftretende Neigung zu Blutungen könne also damit nicht in Zusammenhang gebracht werden.

Auffallend sei, dass nach den Journalen der Prager Findelanstalt in der ersten Hälfte des Jahres mehr Fälle von Hämophilie bei Neugeborenen vorkommen, und dass sie da schwerer verlaufen; im 1. Halbjahr ist nach den Beobachtungen der Prager Findelanstalt die Sterblichkeit daran 82,86%, im zweiten nur 66,6%. Trotz der Armuth und dem Nothstand liefern nun aber die arbeitenden Stände der Stadt sogar weit weniger Bluter. Die Prognose ist besonders in der Anstalt schlecht, was aus dem Zusammenhang der Affection mit Pyämie und Septikämie erhellt. Den anatomischen Beweis dafür hat Klebs durch Nachweis einer Mykose in den Blutbahnen gegeben.

Verf. bleibt demnach bei dem Satz, dass die Hämophilie der Neugeborenen auf die erste Lebenszeit beschränkt bleibe, und dass sie eine eigene Form der Bluterkrankheit darstelle. Die Möglichkeit erblicher Einflüsse kann er nicht ganz ausschliessen, doch spreche die Erfahrung dafür, dass die die Blutungen begleitenden Erkrankungen vorwiegend septischer Natur sind.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass Blutungen bei Neugeborenen besonders häufig unter gesundheitswidrigen Umständen als Zeichen septischer Infection vorkommen, was zu bestreiten gewiss auch Kehrer nicht eingefallen ist; den Beweis gegen den Zusammenhang einer Anzahl Fälle von Blutungen Neugeborener mit der spätern Hämophilie kann jedoch auch Ref. nicht als beigebracht ansehen.

Fehling (Stuttgart).

---

7. **John Williams.** Ueber Amenorrhöe.

(The Lancet 1877. Mai 5.)

Zuerst bespricht Verf. die Physiologie der Menstruation und legt seine bekannte Ansicht über Abstossung der geschwollenen und verdickten Decidua während der Menstruation dar. Die Bildung der

neuen beginnt während der Abschuppung der alten und findet in dem unmittelbar darunter liegenden Muskellager statt. Die Drüsen werden von Gruppen runder Zellen in den Maschen des Muskelgewebes gebildet. Die Grösse der Ausscheidung während der Menstruation beruht auf 3 Puncten: der Grösse der blutenden Fläche, der Tiefe des zerstörten Gewebes, dem Tonus der Muskelwand des Uterus.

Amenorrhöe nun wird bedingt durch mangelndes Wachsthum oder ausbleibenden Zerfall der Schleimhaut. Die Decidua bei einer Amenorrhöeischen ist ausserordentlich dünn im Bereich der ganzen Innenfläche des Uteruskörpers. Jedoch kann auch eine Decidua gebildet und abgestossen werden ohne jeglichen Blutverlust und unbeachtet bei Leucorrhöe abgehen. Endlich bringt Verf. eine Eintheilung der verschiedenen Formen und Ursachen der Amenorrhöe nebst einer kurzen Skizze der Behandlung jeder Form.

Underhill (Edinburg).

---

8. **Schenkl.** Ueber den hysterischen Augenschmerz.

(Prager med. Wochenschrift 1877. No. 18 u. 19.)

Förster fasst unter der Bezeichnung Kopiopia (Synon. für Asthenopie) einen Symptomencomplex zusammen, dessen Wesen Hyperästhesie des Trigeminus und Opticus ist. Die Krankheit soll abhängig sein von einer chronischen Entzündung des periuterinen Zellgewebes (Parametritis chronica atrophicans). Verf. fand das in Rede stehende Augenleiden bei den verschiedensten Uterinerkrankungen, besonders auch bei Ovariälleiden, sieht darin eine erhöhte Reizempfänglichkeit der sensiblen Innervation des Accommodationsapparats durch Reflex von Krankheiten des Uterus und der Ovarien entstanden. Das charakteristische sind neuralgieähnliche Schmerzen beim Versuch des Nahsehens nach Eintritt, Dauer, Stärke sehr verschieden, zuweilen steigert sich das Leiden vor Eintritt der Menses. Das Fernsehen leidet fast nie dabei. Die Pupillen sind normal, die Empfindlichkeit der Conjunctiva, Cornea und des ganzen Augapfels ist während des Anfalls erhöht. Der Augenspiegelbefund negativ. Klinisch ist das Leiden als Accommodationskrampf anzusehen. Zuweilen macht sich besonders bei künstlicher Beleuchtung Lichtscheu geltend.

Myopen werden selten davon befallen. Der Verlauf ist langwierig, nach Jahren zu berechnen, die Prognose günstig, insofern das Leiden mit der Involution des Uterus schwindet. Man findet den Zustand besonders bei sterilen Frauen, doch auch bei Mädchen, selbst bei Männern. Die Behandlung besteht besonders in zweckmässiger Augendiät, Convexgläser 80—36 oder 24 sind anzurathen, bei Lichtscheu Rauchgläser. Innerlich empfiehlt sich Kalium bromatum, ein Eisenpräparat, oder Chinin, örtlich Ueberschläge mit Extr. Opii.

Fehling (Stuttgart).

---

9. **Faye.** Perforation — Kranioklast — Kephalothrypter.

(Norzt. Mag. for Logeridenskale Bd. VII. Hft. 5.)

Verf. bespricht das Verhältniss zwischen dem Kephalothrypter und dem Kranioklast von Simpson und Braun. Jedes von diesen Instrumenten hat seinen besonderen Wirkungskreis, daher die Wahl zwischen ihnen nur auf rationellen Gründen beruhen kann. Der Kranioklast ist wesentlich ein Tractor, der keinen anderen vorherigen Eingriff als die Perforation voraussetzt, was namentlich vom Kranioklast Brauns gilt, während Simpsons zugleich (jedenfalls von dem Erfinder) auf die Zertrümmerung der Schädelknochen, wenn nicht der Basis cranii, berechnet ist. Der Kephalothrypter hat eine weitere Bedeutung als Mittel zum Zertrümmern der Basis cranii, und zur Extraction. Wenn auch Verf. in Bezug auf letzteres Instrument keine grosse selbständige Erfahrung an Gebärenden hat (der Seltenheit bedeutender Grade von Beckenenge in seinem Lande wegen) hebt er doch seinen Vorzug in Fällen von Beckenenge mit Conj. vera von 8 Ctm. und darunter hervor. — Rücksichtlich der Frage von der Perforation eines lebendigen Kindes, stellt sich Verf. nicht auf den exclusiven Standpunct diese niemals unternehmen zu wollen, ist aber nie in dem Falle gewesen, dazu gezwungen zu sein (wohl auch wesentlich Dank der Seltenheit solcher Grade von Beckenenge in Norwegen).

Ingerslev (Kopenhagen).

---

10. **Nerazzini.** Zur Geschichte der Exstirpation des Uterus als Ergänzung des Kaiserschnittes.

(Commentario clinico di Pisa 1877. Januar.)

Verf. erwähnt die vielen einschlägigen Experimente, die von italienischen Thierärzten in den letzten Jahren gemacht wurden. Die ersten diesbezüglichen Versuche hat aber Cavallini gemacht und in einer 1768 erschienenen Monographie*) beschrieben. C. hat unter anderen auch einmal einer trächtigen Hündin den Uterus exstirpirt. Das Thier starb am 4. Tage an innerer Verblutung, wie die Section zeigte und C. macht sich den Vorwurf die vasa ad uterum pergentia nicht genau unterbunden zu haben. Das interessanteste an dieser alten Schrift ist aber, dass der Verf. erklärt diese Experimente unternommen zu haben in der Hoffnung, dass einst eine Zeit komme, in welcher man diese Operation an dem Weibe werde ausführen können.

Liebman (Triest).

Casuistik.

11. **Chiamenti.** Spondylotomie.

(Giornale veneto di scienze med. 1877. Juli.)

Die Pat. war zweitgebärend und kreisste schon seit 36 Stunden. Verf. fand eine II. Querlage 2. Unterart. Tetanus uteri. Da der Hals nicht zu erreichen

*) Tentamina Medico Chirurgica de felici in quibusdam animantibus uteri extractione. — Auctore Joseph Cavallinio in Regio Florentino Nosocomio Chirurgiae Clinicae Magistro atque historiographo. Florentiae 1768.

war, wurde mit dem stumpfen Haken die Wirbelsäule erfasst und stark herabgezogen. Ein Gehülfe hielt den Haken; der Operirende drang unter Leitung des Zeigefingers und knapp am Haken zwischen der 5. und 6. Rippe mit einem Bistouri in den Thorax und trennte dann, freilich nach langer Zeit und mit grosser Mühe, den entsprechenden Intervertebralknorpel. Die Extraction des reifen Knaben gelang dann sehr leicht. Puerperium normal. **Liebman** (Triest).

12. **Romiti.** Peritonitis während der Schwangerschaft.

(L'osservatore. Gazz. delle Cliniche 1877. Mai.)

Bei einer gesunden 22jährigen Erstgeschwängerten traten am Ende der Schwangerschaft, nach einem Stosse auf den Unterleib, die Erscheinungen von allgemeiner Peritonitis auf; wenige Stunden später begannen die Wehen. Die Geburt verlief sehr rasch, war normal. Tod 18 Stunden darauf.

Man fand blutiges Exsudat (über 1 Liter) in der Peritonealhöhle, und im linken Eierstocke einen geborstenen Follikel (wie gross?), dessen Höhle noch frische Coagula enthielt. Der ganze Eierstock geschwellt mit mehreren kleinen Haemorrhagien durchsetzt.

Die Blutung scheint die Ursache der Peritonitis abgegeben zu haben.

Liebman (Triest).

13. **C. v. Rokitansky** jun. Ein Fall von Mangel der Vagina und rudimentärer Bildung des Uterus, Operation zur Herstellung einer Vagina.

(Wiener med. Presse No. 23 u. 26.)

Bei einer 22jährigen wohlgebildeten Frau ist an Stelle der Vagina ein kleiner Blindsack vorhanden, darüber sind an Stelle des Uterus und der Ovarien nur ganz kleine rudimentäre Körper zu fühlen. R. schnitt den kleinen Blindsack in querer Richtung ein und präparirte zwischen Blase und Rectum 3 Ctm. nach aufwärts; man konnte dann den Finger 8 Ctm., vom Arcus pubis an gerechnet, gegen die Beckenhöhle schieben, der gesetzte Canal wurde durch eingelegte Baumwolltampons offen gehalten und erweitert.

Aehnliche Fälle kommen bei unseren galizischen Frauen nicht so selten vor und Ref. sah diese Bildungsanomalie im Zeitraume von 7 Jahren an der C. Braunschen Klinik 4 Mal. In 2 Fällen wurden ganz dieselben Versuche zur Herstellung eines Canals für die Immissio penis gemacht; es gelang nach Incision des Blindsackes immer einen 3—4 Ctm. langen Canal zwischen Blase und Rectum zu schaffen, aber eine Vagina hatten die Frauen dann doch nicht. —

Ein Fall von Haematometra und Haematokolpos in Folge von Atresia vaginalis bei einem 18jährigen Mädchen.

2 Ctm. hinter dem Introitus vaginae ist die blind endigende Scheide durch eine Geschwulst nach abwärts gedrängt. Die Geschwulst reicht bis gegen die Nabelhöhe und hatte einen hühnereigrossen harten Tumor (Uterus) aufsitzen.

Es ist dies dasselbe Verhältniss, wie es Ref. auf der Grazer Naturforscherversammlung an einem gezeichneten Präparate von Haematometra lateralis zuerst demonstrirte, es war durch das zurückgehaltene Blut hauptsächlich die Scheide und der cervicale Theil des Uterus ausgedehnt. R. schnitt mit einem Spitzbistouri von der Scheide aus ein und liess den Inhalt langsam ausfliessen. Die Frau genas.

Bandl (Wien).

14. **Bentzien.** Doppelbildung der Frucht.

(Hosp. Tid. 2 Rokke IV. No. 26.)

Eine Extraction an den Füssen wollte nicht gelingen, es wurden noch ein Paar Füsse gefühlt, welche heruntergeholt wurden und durch mühsame Extraction wurde nun die Geburt vollendet. Die Frucht war ein Sternopag nach der von Panum aufgestellten Eintheilung: Duplicitas perfecta parallela fronte opposita. Die Länge war resp. 36 und 32 Ctm. Das Herz war gemeinsam mit zwei Polen gegen jeden Fötus, es waren zwei Sterna mit einem Manubrium. Die Leber war gemeinsam mit zwei Gallenblasen und zwei Nabelvenen.

Ingerslev (Kopenhagen).

15. **Netzel.** Fall von intrauterinem Tumor.

(Hygiea 1877. April.)

Die 55jährige Patientin hatte seit 5 Jahren an Genitalblutungen gelitten. Bei der ersten Untersuchung wurde eine apfelgrosse Geschwulst aus der Gebärmutter hervorgedrängt und vom ausgedehnten Muttermunde umgeben gefühlt. Kein Tumor liess sich oberhalb der Symphyse fühlen. Zufällig kam die Patientin erst 6 Wochen später zur Operation. Zum Erstaunen des Operateurs wurde jetzt die Vaginalportion gross und weich gefühlt, die Cervix für zwei Finger durchgängig, in der Scheide war keine Geschwulst zu entdecken. Sie war vollständig in die Gebärmutter zurückgegangen, und in der Regio hypogastrica wurde jetzt eine grosse und feste Geschwulst gefühlt. Mit dem Ecraseur wurde das Myom entfernt. Dass die intrauterinen polypösen Geschwülste als »Polypes à apparition intermittente« erscheinen, ist wohl nicht ungewöhnlich, in die Scheide gelangt bleiben sie aber gewöhnlich da. Trotz ihrer breiten Basis war die Geschwulst so tief herabgedrängt worden theils ihrer losen Structur wegen theils infolge einer partiellen Inversion der hinteren Uterinwand. **Ingerslev** (Kopenhagen).

16. **Underhill.** Uteruspolyp.

(Brit. med. Journal 1877. Juni 30.)

Ein aus dem Innern des Uterus entfernter Polyp zeigte auf seiner Oberfläche zahlreiche ins Innere führende schleimerfüllte Canäle, wahrscheinlich dilatirten Follikeln der Uterinschleimhaut entsprechend mit cilientragendem Epithel. Die Basis bestand aus Bindegewebe. **Fehling** (Stuttgart).

17. **G. Heath.** Ovariotomie antiseptisch ausgeführt.

(Brit. med. Journal 1877. Juni. 30.)

Eine 54jährige Frau, die nie geboren hat, wird wegen Ovarialcyste einmal punctirt, innerhalb 2 Monate ist die vorherige Füllung wieder erreicht und Verf. schreitet zur Ovariotomie unter genauer Beobachtung der antiseptischen Cautelen. Durch eine kleine Oeffnung, die wie es schien, mit dem Messer gemacht wurde, lief ca. $^1/_3$ des Inhalts ab, dann erst wurde die Kanüle eingeführt und die Trennung der Adhäsionen mit Netz und Darm mittelst der Hand vorgenommen. Verf. legt hierauf besonderen Werth. Ebenso darauf, dass der Stiel in 4 Theilen gesondert unterbunden versenkt wurde. Die Nachbehandlung bestand in einem Suppositorium von Opium mit Belladonna, die Ernährung geschah die ersten 3 Tage, abgesehen hier und da von einem geringen Schluck Milch oder Wasser ausschliesslich durch Klystiere von Beef-tea. Die Heilung erfolgte ohne Fieber.
Fehling (Stuttgart).

18. **G. Heath.** Klinischer Vortrag über Ovariotomie.

(Brit. med. Journal 1877. Juni 16.)

Anknüpfend an einen im University-Hospital operirten Fall einer Ovariencyste macht Verf. einige klinische Bemerkungen. Der Fall betraf eine 29jährige Frau die 4 Mal geboren hatte und seit 3 Jahren die Geschwulst bemerkte. Die Diagnose liess sich mit Sicherheit auf einen multiloculären Ovarientumor stellen, so dass von einer Probepunction Abstand genommen werden konnte. Die Operation ging leicht, der Stiel wurde mit Seide doppelt unterbunden und versenkt. 5 Bauchnähte, das Peritoneum mitfassend, schlossen die Wunde. Am 17. Tag reist Patientin nach Haus. Die daran geknüpften Bemerkungen beziehen sich auf die Geschichte der Ovariotomie und auf die verschiedenen Arten der Stielbehandlung. Der von ihm angewendeten Methode giebt Verf. den Vorzug, weil sie für kurze und lange Stiele gleich anwendbar sei und Schliessung der Wunde in ihrer ganzen Länge gestatte. **Fehling** (Stuttgart).

19. **Bourneville.** Einfluss der Compression des Ovariums auf frische hysterische Contracturen.

(Progrès méd. 1877. No. 25. p. 487.)

Ein 25jähriges hysterisches Mädchen litt an Taubheit, Contractur der Glieder, Kinnbackenkrampf, Amaurose des einen Auges, Hemianästhesie der einen Seite

und Hyperästhesie des entsprechenden Ovariums. 3 Mal liess sich durch Compression des Ovariums der Kinnbackenkrampf, die Contractur und die Taubheit sofort aufheben.

In einem 2. Fall erstreckte sich die Affection bei einem 17jährigen Mädchen auf Contractur der Kinnbacken und der Zunge. Durch Compression des Ovariums entstand auch hier sofort Besserung, doch blieb eine gewisse Sprachstörung.

Fehling (Stuttgart).

20. **Grigg und Cowell.** Abdominalcyste bei einem Knaben. Wiederholte Punction. Heilung auf Einspritzung schwacher Jodlösung.

(The Lancet 1877. Juni 16.)

Am 26. Mai 1876 wurde ins Victoria-Hospital für Kinder ein 4jähriger Knabe aufgenommen, dessen vergrösserter Unterleib einen fluctuirenden, uniloculären Tumor enthielt, der auf der linken Seite lag. Die Mutter gab an, dass die Vergrösserung des Unterleibes im 18. Monat begonnen habe. Patient konnte den Urin nicht halten. Eine 15 Monate vorher gemachte Punction entleerte 180 Grm. einer eiweisshaltigen Flüssigkeit von 1025 specifischem Gewicht. Nach der Punction konnte man einige kleine Knoten in der rechten Regio iliaca fühlen, Echinococcen fanden sich keine. Hintereinander wurden 3 Punctionen gemacht, nach der letzten eine Mischung von 15,0 Tinct. Jodi auf 45,0 Wasser eingespritzt. Der Pat. wurde am 10. Sept. entlassen, seither hat sich keine Wiederanfüllung bemerklich gemacht. Nach der letzten Punction fühlte man einen festen Strang in der linken Regio iliaca, etwas beweglich, der wie es schien ans Becken wie ein Stiel befestigt war.

Underhill (Edinburg).

21. **J. M. Duncan.** Amenorrhöe in Folge von Atrophie oder Mangel der inneren Geschlechtsorgane.

(The Lancet 1877. Juni 9.)

Dem Bericht liegen 3 kürzlich auf Verf.'s Station im Edinburger Krankenhause beobachtete Fälle zu Grunde. Fall 1 betrifft eine sonst wohl entwickelte Frau, deren äussere Geschlechtstheile wohl gebildet sind. Der Hymen fand sich in Gestalt von blassen dicken, gezackten Falten. Hinter demselben war jedoch keine Vagina und trotz sorgfältiger Untersuchung konnte keine Spur von Uterus oder Ovarien entdeckt werden.

Die 2. Patientin gab an 1 Mal menstruirt zu haben, sie war 21 Jahr alt, zart und ungesund aussehend. Der Uterus maass nur $1^1/_2''$. Die äusseren Genitalien waren gut entwickelt.

Der 3. Fall betrifft frühzeitiges Altern. Eine 23jährige verheirathete Person, von gesundem kräftigem Aeussern, stillte zur Zeit der Beobachtung. Die Cervix war kurz atrophisch, wie bei einer alten Frau, der Muttermund klein und geschlossen, der Uterus maass $2^1/_4''$. Sie hatte seit ihrem 19. Jahr nur 1 Mal zwischen 2 Schwangerschaften die Regel gehabt.

2 weitere Fälle kamen in Beobachtung, wo die Menstruation mit 29 resp. 40 Jahren aufhörte, die jedoch nicht als hoffnungslos angesehen wurden. Die einzige angemessene Behandlung bestand in Besserung der allgemeinen Gesundheit. Von intrauterinen Instrumenten in solchen Fällen hat Verf. nur entschiedenen Nachtheil, nie wirklichen Nutzen gesehen.

Underhill (Edinburg).

22. **E. Holland.** Retroflexio des virginalen Uterus bei einem 14jährigen Mädchen.

(Brit. med. Journal 1877. Juni 16.)

Das betreffende Mädchen erkrankte nach vorausgegangener profuser Menstrualblutung unter typhösen Symptomen, wobei sich aber noch Schmerzen von besonderem krampfartigen Charakter zeigten. Die Schmerzen waren wehenartig, 20 Minuten lang aussetzend. Die Untersuchung ergab einen retroflectirten Uterus, Portio höchst empfindlich. Die Aufrichtung des Uterus mit der Sonde machte allen schlimmen Erscheinungen ein rasches Ende.

Verf. nimmt an, dass die Retroflexio bei dem Brechen und Würgen der letzten Periode entstand, in Folge davon hätte sich Flüssigkeit über dem Knickungswinkel angesammelt und einen dysmenorrhoischen Charakter bedingt.

Fehling (Stuttgart).

23. **J. Hutchinson.** Spina bifida mit Paralyse der Sphincteren.

(Brit. med. Journal 1877. Juni 23. p. 767.)

Verf. hat nur die Fälle im Auge, wo Lähmung der Sphincteren der Blase und des Mastdarms das einzige Symptom der Missbildung ist, wo also die unteren Extremitäten normal von ihren Nerven versorgt sind.

Der eine Fall betraf ein Mädchen von 11 Jahren mit einer Geschwulst von der Grösse einer Mamma auf dem unteren Theil der Lumbarwirbelsäule, etwas mehr links. Vollständige Lähmung des Mastdarms und der Blase war vorhanden, die unteren Extremitäten gebrauchte das Kind, doch waren sie etwas blau und kalt.

Ein anderer Fall betraf einen Knaben, bei dem ein enteneigrosser Tumor auf dem letzten Lendenwirbel sass, zugleich erinnerte der Schädel etwas an Hydrocephalus. Verf. betont, dass derartige Lähmungen vorkommen ohne irgend welche andere, da ein und derselbe Ast des 4. Sacralnerven beide Sphincteren versorge. Therapeutisch lasse sich nichts machen.

Anknüpfend daran betont er, dass Entleerung der Blase und des Mastdarms sehr leicht und häufig zusammen erfolge, und dass Entleerung des letzteren bei Unvermögen Urin zu lassen, den Gedanken erwecken müsse, dass etwas anderes als Blasenkrampf vorhanden sei.

Verf. warnt vor irgend welcher Operation solcher Cysten, da dieselben später häufig an Grösse abnehmen, durch die Operation sich der Zustand aber nur verschlimmern könne.

Fehling (Stuttgart).

24. **Panas.** Angeborener Tumor der Regio coccygea.

(Gaz. hebdom. 1877. No. 24.)

Verf. hatte Gelegenheit einen solchen Tumor von einem 7 Jahr alt gestorbenen Mädchen zu untersuchen. Während des Lebens war der Tumor weich, die Haut mit varicösen Venen durchzogen; es war keinerlei Klopfen oder Geräusch wahrzunehmen. Der Tumor selbst hat einen Stiel der von der Spitze des Steissbeins zum After geht, diese Entfernung maass hier 5 Ctm., sonst beim Neugeborenen 1,5. Mit dem Wirbelcanal war kein Zusammenhang. Die Masse hängt mit der Spitze des Steissbeins zusammen und dringt durch Verschiebung der Weichtheile bis ins Becken. Die mikroskopische Untersuchung ergab Cylinderzellen mit Wimperbesatz, kelchförmige Zellen, Bindegewebe etc. In der Mitte der Geschwulst war eine grosse Cyste, umgeben von mehreren kleineren. Aehnliche Tumoren sollen sich beim Erwachsenen im Hoden und Ovarium finden. Ueber den Ursprung kann Verf. sich nicht entscheiden, lässt es dahin gestellt, ob es sich um Fötus in fötu handelt oder eine von der Luschka'schen Steissdrüse ausgehende Bildung. In der Discussion hierüber führt Depaul den Fall eines Kindes mit einer Perinealgeschwulst an, durch die das Steissbein nach hinten gedrängt war, diese Cyste enthielt 170 Grm. sehr eiweissreiche Flüssigkeit und wurde durch Jodinjection geheilt.

Fehling (Stuttgart).

25. **Ingerslev.** Trismus u. Tetanus neonat. mit Albuminurie complicirt.

(Hosp. Tid. 2 Rokk. IV. No. 24 u. 25.)

Ein Neugeborenes wurde am 13. Tage von Trismus, bald darauf von heftigem Tetanus befallen. Der Verlauf war protrahirt, 10 Tage lang. Die Temperatur erreichte hohe Grade — am 3. Tage 41,8°—; durch Bäder, welche nicht unter 25° C. gebracht wurden, wurde die Temperatur jedesmal bedeutend herabgesetzt, mit Fall bis 4°. Am dritten Tage der Krankheit wurde eine bedeutende Albuminurie constatirt und im Sedimente fanden sich Harncylinder: hyaline, hyalinkörnige, sehr schöne schleifenförmige dunkelkörnige schmale Cylinder in breitere übergehend, alle in sehr grosser Menge, nur wenige rothe Blutkörperchen. Dieser Harnbefund dauerte während des Krankheitsverlaufes fort, nur in den letzten zwei Tagen vor dem Tode wurde der Harn nicht untersucht. Chloralbehandlung hatte einen gün-

stigen Einfluss auf die Convulsionen, das durch das Fieber stark emacierte Kind erlag einem acuten Darmkatarrh, während Trismus in den letzten zwei Tagen beinahe verschwunden war. — Die Section zeigte eine beginnende Erweichung der hinteren Stränge des Rückenmarks, Anämie des Gehirns, eine bedeutende Hyperämie der Nieren mit kleinen capillaren Blutextravasaten, und eine körnige Degeneration der Epithelzellen in den gewundenen Harncanälchen. Verf. stellt die erwähnte Complication mit ähnlichen von Kussmaul bei Tetanus beschriebenen zusammen. Ob die Albuminurie durch das Fieber bedingt war, oder als Ausdruck einer vasomotorischen Störung centralen Ursprungs betrachtet werden müsste, oder endlich in causalem Verhältniss zu den Convulsionen stand, analog dem Verhältniss zwischen Albuminurie und besonderen Convulsionen, muss Verf. dahinstellen.

Ingerslev (Kopenhagen).

26. **J. Nyrop.** Fall von chronischer Inversio uteri, Amputation, Genesung.

(Gynäkol. og obstetrik. Meddelelse Bd. I. Hft. 1.)

Die 29jährige Frau gebar 30. August 1875. Die Hebamme entfernte den Mutterkuchen wegen starker Blutung. Pat. befand sich wohl bis November, dann traten starke wiederholte Blutungen auf. Januar 1876 wurde von einem Arzte eine Inversion erkannt, und Pat. auf der Klinik des Prof. Howitz aufgenommen. Eine complete Inversio uteri war vorhanden. Repositionsversuche unter Chloroformnarkose waren vergebens; ebenso Behandlung mit Colpeurynter und Luftpessarium. Nach Emmet wurden dann silberne Drahtschlingen durch die Muttermundslippen geführt um diese unter dem invertirten Fundus zu verbinden, dieselben schnitten aber durch und die Stellung war unverändert. Es wurden dann Repositionsversuche nach Courty ausgeführt, mit den Fingern der einen Hand im Rectum, denen der andern in der Vagina; bei einem dieser Versuche wurde etwas gefühlt, was als strangförmige Adhärenz im Inversionstrichter gedeutet wurde. Da somit alle Versuche vergebens waren, erlaubte Pat. die Amputation. Nach einem halben Jahre, in welchem zu Zeiten die Blutungen bedeutend waren, wurde diese ausgeführt. Ein dicker doppelter Eisenfaden wurde an der Stelle des Orif. intern. eingeführt, und der Uteruskörper in 2 Theilen abgeschnürt. 3‴ darunter wurde eine galvanokaustische Schlinge angelegt und darauf die halbe Dicke der Wand durchschnitten, dann wurde die Operation abgebrochen und die Schlinge mit ihrem Handgriffe blieb zurück. Als nach zwei Tagen die Operation vollendet werden sollte, zerbrach die Schlinge. Der Uteruskörper zeigte sich als eine wallnussgrosse, graue, pulpöse Masse, von dem frisch granulirenden Orif. umgeben. Am nächsten Tage lagen die eisernen Fäden lose in der Vagina, welche mit ichoröser Masse gefüllt war. Von der Gebärmutter wurde nur der rothe, weit offene Muttermund entdeckt, $1/2''$ darüber im Cervicalcanale ein Diaphragma von granulirender rother Farbe, in deren Mitte eine Querspalte von $1/4''$ Länge, aus welcher graue Flüssigkeit sich entleerte. In der folgenden Zeit entstand unter anhaltendem Fieber eine grosse para- und retrouterine Geschwulst, welche sich später theils durchs Rectum, theils durchs Scheidengewölbe entleerte, und 3 Monate nach der Operation war die Pat. geheilt. Die Reste der Gebärmutter lagen unbeweglich hinten im Becken von festem Gewebe umgeben. — Die Entstehung der Inversion war in diesem Falle wahrscheinlich die von Duncan als spontan activ beschriebene. Das Interesse knüpft sich an die Behandlung, besonders der Amputation mittelst der galvanokaustischen Schlinge, von solchen Fällen kennt Verf. nur die zwei von Veit und Spiegelberg beschriebenen.

Ingerslev (Kopenhagen).

27. **Benoît und Monteils.** Colossale Hypertrophie der Brüste bei einem Mädchen von 16 Jahren.

(Montpellier médical 1877. Bd. XXXVIII. No. 6.)

B. stellte am 6. Mai 1861 in einer Sitzung der Academie de Montpellier ein 16jähriges Mädchen mit wahrhaft colossal hypertrophirten Mammae vor. Dieselben reichen in sitzender Stellung bis auf die Oberschenkel, im Stehen rechts 8,

links 13 Ctm., bis unter den Nabel. Der Umfang der rechten Mamma beträgt 94 Ctm., der der linken 1,05 M. Die Warzen sind klein und wenig entwickelt. Die Hypertrophie begann vor 18 Monaten, hat also in verhältnissmässig kurzer Zeit diesen extremen Grad erreicht. B. hält das Gebilde für eine Hypertrophie sämmtlicher Elemente der Mamma, ausgezeichnet besonders durch eine starke Gefässentwickelung. In der Discussion gingen die Ansichten in Betreff der Operation auseinander. Man fürchtete die abnorme Gefässentwickelung der Mamma und den schlechten Ernährungszustand der Pat. Andere sahen in den zunehmenden Respirations- und Digestionsbeschwerden eine genügende Indication für einen operativen Eingriff, welchen B. indessen unterliess.

Monteils hat nun Gelegenheit gehabt, die Person bis auf den heutigen Tag weiter zu beobachten. Mit Eintritt der Menses im Jahre 1862 stand das Wachsthum der Mammae still. Im Jahre 1869 verheirathet sich Pat. und von diesem Moment an verlieren die Brüste rasch an Volum. Sie gebiert 3 Kinder, kann indessen keins von diesen selbst stillen, da die Brüste keine Milch produciren, obwohl eine leichte Anschwellung in jeder Schwangerschaft sich constatiren liess. Jetzt sind die Brüste fast vollständig zum normalen Umfang zurückgekehrt, sie hängen als lange schlaffe Säcke bis auf den Bauch herab, können indessen mit Leichtigkeit in einem Corset getragen werden. Das Drüsengewebe ist fast vollständig geschwunden, zahlreiche varicöse Gefässe durchziehen das Unterhautzellgewebe. Diese Rückbildung der Hypertrophie mit Eintritt des Geschlechtslebens steht nach B. im Widerspruch mit der allgemeinen Anschauung und mit der von Labarraque vertretenen, welcher in seinem Étude sur l'hypertrophie général de la glande mammaire chez la femme 1875 33 Fälle beschreibt. Dagegen hat schon Asthley Cooper (Oeuvres chirurgicales) auf die Ehelosigkeit als prädisponirendes Moment für die Hypertrophie der Mamma hingewiesen und Velpeau (Traité des maladies du sein) empfiehlt bei bestehender Hypertrophie die Verheirathung geradezu als Heilmittel. Der Fall lehre aufs Neue, schliesst B., dass man bei gutartigen Tumoren die Heilkraft der Natur nicht unterschätzen dürfe. Die Gypsbüste des Mädchens ist im Museum der Faculté de Médecine zu Montpellier aufgestellt, zwei Abbildungen der monströsen Bildung sind dem ausführlichen Aufsatz beigegeben. **Runge** (Strassburg i/E.).

28. **Larcher.** Ein neuer Fall von fibrösem Polypen des Uterus mit intermittirenden Erscheinungen.

(Bulletin de l'acad. roy. de méd. de Belgique 1877. Bd. XI. Hft. 4.)

Entsprechend seinen früheren Beobachtungen von fibrösen Polypen mit intermittirender Erscheinung hat Verf. einen neuen ähnlichen beobachtet.

Eine 34jährige Frau, Mutter von 2 Kindern, regelmässig menstruirt, liess sich 6 Tage nach dem einmaligen Ausbleiben der Menses untersuchen. Zwischen den beiden Muttermundslippen fand sich ein harter, glatter, von der hintern Wand des Uterus ausgehender Tumor, der jedoch schon am nächsten Tag nicht mehr zu fühlen war, da sich das Collum geschlossen hatte.

3 Monate später abortirte die Frau und hatte circa 4 Wochen lang sehr starke Blutungen. Es fand sich als Ursache wieder jener nussgrosse fibröse Polyp mit sehr kurzem Stiel ausgehend von der hintern Collumwand. Leichte Abtragung. Baldige Heilung. **Leopold** (Leipzig).

Druckfehler: No. 12, p. 224, Z. 7 v. o. lies hastig statt heftig, Z. 22 v. u. lies Gefässdruckes statt Gefässdrücker, p. 227, Z. 21 v. o. lies Sarcoma ovarii statt Sarcomovariotomie.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S., an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Erster Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 10 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 14. **Sonnabend, den 29. September.** **1877.**

Inhalt: 1. **Verneuil**, Schwangerschaft und Trauma. — 2. **Neefe**, Zur Statistik der Mehrgeburten. — 3. **Fischer**, Schwangerschaft und chronische Herzkrankheiten. — 4. **Kolessnikow**, Milchdrüse. — 5. **Schmid**, Milchsecretion. — 6. **Strebel**, Lochien. — 7. **Ahlfeld**, Placentarexpression. 8. Puerperalfieberepidemien. — 9. **Beltz**, 10. **Veit**, Therapie der Placentarreste. — 11. **Valenta**, Blasensprung. — 12. **Wiener**, Kephalothryptor oder Kranioklast. — 13. **Lardier** und **Gross**, Trennung von Doppelmissbildungen. — 14. **Friedländer**, Placentar- und Lungencirculation. — 15. **Moretti**, Entbindung Sterbender. — 16. **Jenks**, Viburnum prunifolium. — 17. **Weber**, Erbrechen Schwangerer.
18. **Bechmann**, Kaiserschnitt wegen Carcinoma uteri. — 19. **Pauli**, Retropharyngealabscess. — 20. **Parvin**, Xenomenie. — 21. **Löhlein**, Conglutinatio orificii uteri. — 22. **Winsor**, Angeborener Hymenalverschluss. — 23. **Revillout**, Missbildung. — 24. **Baker**, Extrauteringravidität. — 25. **Richardson**, Chorea in der Schwangerschaft. — 26. **Fehling**, Osteomalakisches Becken. — 27. **Synety**, Galactorrhoe. — 28. **Haussmann**, Autotransfusion. — 29. **Dally**, Arthritis. — 30. **Couzier**, Hydrophobie. — 31. **Puech**, Uterusatrophie.

1. **Verneuil.** Schwangerschaft und Trauma.

(Revue mensuelle de médecine et de chirurgie 1877. No. 7—8.)

V. macht die wechselseitige Beziehung zwischen Trauma und Gravidität zum Gegenstand einer bemerkenswerthen Arbeit. Der Einfluss, welchen Trauma und Gravidität auf einander ausüben, ist erst seit dem Jahre 1864 näher studirt. Gegen die Ansicht der alten Chirurgen, welche bei einer Schwangeren jede Operation sorgfältig mieden, ist zuerst Valette aus Lyon aufgetreten, welcher versuchte, die Indicationen und Contraindicationen in solchen Fällen festzustellen. Seitdem ist diese Frage vielfach in den wissenschaftlichen Gesellschaften zu Paris, London und Leipzig discutirt und von Petit, Cornillon, Massot, Cohnstein und Guéniot speciell bearbeitet worden. Man hat allmälig erkannt, dass Trauma und Gravidität neben einander ohne schädlichen Einfluss auf einander auszuüben bestehen kann, ja sogar eingesehen, dass unter Umständen eine

chirurgische Operation in der Schwangerschaft nicht nur nützlich, sondern sogar nothwendig ist. Dem gegenüber steht nun aber die ebenso sicher constatirte Thatsache, dass zuweilen selbst die kleinsten chirurgischen oder accidentellen Wunden Abort oder Frühgeburt hervorrufen, und dass andererseits die Schwangerschaft nicht selten die Wundheilung verzögert und schwere Complicationen begünstigt.

Die Statistik, welche über diese Frage geführt ist, ist nicht im Stande, auch nur die Hauptpuncte zu lösen, sie besitzt den grossen Fehler, aus zerstreuten, oft nur oberflächlich und mit vorgefasster Meinung beschriebenen Fällen zusammengewürfelt zu sein. Soviel steht indessen fest, dass der reciproke Einfluss zwischen Trauma und Gravidität nach bestimmten Gesetzen geschieht, welche wir allerdings zur Zeit noch wenig kennen, die sich aber ebensowenig der Erkenntniss entziehen werden, wie andere bereits gelöste ätiologische und pathogenetische Fragen.

Es würde zu weit führen, den Gang dieser lesenswerthen Arbeit genau hier wiederzugeben, es mögen nur die Schlusssätze, zu welchen sich Verneuil berechtigt glaubt, hier ihre Stelle finden.

Man kann einen normalen Verlauf der Schwangerschaft voraussagen, wenn das Trauma möglichst weit entfernt vom Gebärapparat gelegen ist, wenn der mütterliche Organismus gesund, das Ei normal geartet, die Verletzung gutartig ist, im gesunden Gewebe liegt und nicht eine allgemeine Erkrankung zur Folge hat. Man kann einen schädlichen Einfluss prognosticiren, wenn das Trauma den Uterus oder seine Adnexa, überhaupt die Organe der Genitalsphäre betrifft, vorzüglich, wenn diese Theile schon vorher erkrankt waren — wenn die Wunde sehr gross ist oder sich auf Organe erstreckt, welche für das mütterliche Leben wichtig sind — wenn die Mutter an einer constitutionellen Krankheit oder einer Affection leidet, welche an sich schon den Abort möglich oder wahrscheinlich macht — wenn der Wundverlauf ein abnormer ist, die Constitution durch ihn geschwächt oder geradezu vergiftet wird. Man kann einen günstigen Effect einer chirurgischen Operation auf die Schwangerschaft erwarten, wenn mit Hülfe einer selbst schweren Operation eine noch gefährlichere Krankheit für Mutter oder Kind getilgt wird. Die Entbindung selbst beeinflusst Wunden, welche während der Schwangerschaft entstanden sind, meist glücklich, während das Wochenbett auf nach der Geburt entstandene Wunden einen schädlichen Einfluss ausübt.

Erleidet eine Frau im mannbaren Alter ein Trauma oder soll sie einer chirurgischen Operation unterworfen werden, so muss man stets auf Schwangerschaft untersuchen. Besteht eine solche, so muss unmittelbar nach der Verwundung oder vor der Operation die Constitution der Mutter, der Zustand des Genitalapparates und des Fötus einer genauen Untersuchung unterworfen werden. Bei einem zufälligen Trauma ist die Ausdehnung desselben möglichst zu beschränken und alles abzuhalten, was den Uterus afficiren könnte. Im Falle eines Abortes ist die Wunde sorgfältig zu überwachen, ebenso der

Zustand des Uterus, um eine beginnende Septikämie rechtzeitig zu erkennen.

Es wäre ein Fehler, in allen Fällen eine chirurgische Operation in der Schwangerschaft zu verwerfen. Dagegen ist die Wahl des günstigen Augenblickes und der Methode von äusserster Wichtigkeit. Man soll Affectionen operiren, welche unmittelbar das Leben der Mutter gefährden — operiren Zustände, die durch ihren Fortschritt später das Leben der Mutter bedrohen oder im Fall eines nicht rechtzeitigen Eingriffes unheilbar werden, selbstverständlich, nachdem man die Anwendung anderer therapeutischer Maassnahmen als unwirksam erkannt hat. Man soll bei Affectionen operiren, welche eine Geburtserschwerung veranlassen können, möglichst mit Erhaltung beider Leben, im Falle der Wahl mit Aufopferung des kindlichen. Abwarten soll man so lange als möglich bei Zuständen, welche durch die Schwangerschaft nicht beeinflusst werden und welche diese nicht beeinträchtigen. Im Wochenbett ist jede Operation so lange als möglich aufzuschieben, im Falle der Noth soll man lieber in der Gravidität operiren, nach der Geburt nie vor 2—4 Monaten. Wie aus einer Anmerkung hervorgeht, beabsichtigt V. dasselbe Thema auf dem internationalen Congress zu Genf im September 1877 zur Discussion zu bringen.

Runge (Strassburg i/E.).

---

2. **Neefe.** Zur Statistik der Mehrgeburten.

(Jahrbücher für Nationalöconomie und Statistik von **Hildebrand** und **Conrad.** Bd. XXVIII.)

»Die sehr häufige synonyme Anwendung der Begriffe Geburten und Geborene, deren Unrichtigkeit einer Beachtung werth sein möchte, gab zum Theil Veranlassung zu folgender Materialsammlung.« Zunächst sammelt der Verf. historische Notizen; die am weitesten zurückreichenden Veröffentlichungen stammen aus Schweden, wo sie sich vom Jahr 1751 an finden. Die Summe der Zahlen des Verf. umfasst 51958838 Geburten und 636572 oder 1,225% Mehrgeburten, darunter 626947 (12,08) Zwillings-, 8110 (0,156) Drillings-, 94 (0,0018) Vierlingsgeburten. Aus den Zahlen lässt sich auf eine geringe Zunahme der Mehrgeburten schliessen. Das Verhältniss ist in grösseren Städten geringer als in kleinen und in Landgemeinden. Die gleichgeschlechtlichen Zwillingsgeburten machen 63,60% aus, die mit verschiedenem Geschlecht 36,40%. Bei Drillingsgeburten sind 40,60% gleichgeschlechtlich, 50,40% verschieden. Die Zwillingsgeburten mit nur weiblichen Kindern erreichen die grösste, die mit nur männlichen Kindern die geringste »Leblichkeit« bei der Geburt. Die grösste Zahl wurde von Müttern im Alter von 31—35 Jahren hervorgebracht. Die Zwillingsgeburten männlicher und die gemischten Geschlechts erweisen sich häufiger unreif als die weiblichen. Mütter starben nach Mehrlingsgeburten 2,91%, nach Einzelgeburten nur 0,97%.

Fritsch (Halle a/S.).

---

3. **A. Fischer.** Ein Beitrag zur Complication von Schwangerschaft mit chronischen Herzkrankheiten.

(Pest. med. chirurg. Presse 1877. No. 25 u. 26.)

Verf. erörtert, wie Ref. scheint, ohne genügende Würdigung der von Spiegelberg, Fritsch, Löhlein vorliegenden Arbeiten den Einfluss der physiologischen Schwangerschaft auf die Drucksteigerung im arteriellen und venösen System, und die dadurch bedingte Disposition zu Circulationsstörungen im Lungenkreislauf. Nach etwas weitläufiger Darstellung der physikalischen Folgen einer Mitralinsufficienz, geht er über auf die Erscheinungen, welche beim Vorhandensein dieses Herzfehlers durch Ausschaltung des grossen, dem Uteroplacentarkreislauf angehörigen Stromgebiets bei der Geburt zu Tage treten. In den schlimmsten Fällen kann es hierbei durch die vermehrte Arbeitsleistung, die dem rechten und in Folge dessen auch dem linken Ventrikel zufällt, zu einer Asystolie des Herzens kommen.

Hieran knüpft Verf. die Erzählung eines einschlägigen Falls: eine mit Mitralinsufficienz behaftete Ipara litt schon in der Schwangerschaft an Herzklopfen, Athemnoth, Beschwerden, die sich mit der Zeit steigerten. Ende des 9. Monats trat eine fieberhafte Bronchitis auf, in deren Verlauf sich die Geburt zögernd einstellte. Das Kind wurde todt geboren, ob in Folge von Secaledosen, lässt sich nicht ermitteln. Die Frau verliert wenig Blut, befindet sich die erste halbe Stunde gut und stirbt dann plötzlich unter den Symptomen der Herzparalyse. Das Fehlen einer Autopsie macht den Fall werthlos.

Zum Schluss bringt Verf. noch Bemerkungen über das Verhältniss bei Aorteninsufficienz und schliesst daran therapeutische Rathschläge, je nachdem Insufficienz der Mitralis oder Aorta vorhanden ist, welche er fast wörtlich dem Aufsatz von Spiegelberg (Arch. f. Gynäkologie Bd. II) entlehnt hat. **Fehling** (Stuttgart).

---

4. **Kolessnikow.** Die Hystologie der Milchdrüse der Kuh und die pathologisch anatomischen Veränderungen derselben bei der Perlsucht.

(Virch. Arch. Bd. LXX. Hft. 4. p. 531.)

Nach einer detaillirten Beschreibung der histologischen Verhältnisse in der Mamma der Kuh, woraus hervorzuheben ist, dass in manchen Alveolen ein mehrschichtiges Epithel zu finden war und dass der Membrana propria dieselben Eigenschaften zukommen, wie sie Boll an anderen acinösen Drüsen beschrieben hat (sie besteht aus mehreren abgeplatteten, sternförmigen, durch Fortsätze mit einander verbundenen Bindegewebszellen), theilt Verf. einen Fall von Perlsucht mit, wo auch in der Milchdrüse metastatische lymphosarkomatöse Knötchen angetroffen wurden, in denen sich übrigens auch Riesenzellen fanden; in 5 anderen Fällen von Perlsucht bestand nur eine chronische interstitielle Mastitis und Katarrh der Milchgänge.

Küstner (Halle a/S.).

---

5. **H. Schmid.** Zur Lehre von der Milchsecretion.

(Inaug.-Diss. der med. Facultät zu Würzburg 1877.)

Verf. untersuchte den von einem Kuheuter abgestrichenen Saft und fand darin ausser freien Fetttröpfchen mit Fett gefüllte Zellen mit deutlichem Kern neben solchen, welche durch Kerntheilung den Anfang ihres Zerfalls aufwiesen. Am Durchschnitt durch ein Drüsenläppchen aus der Brustdrüse einer am 12. Tage verstorbenen Wöchnerin, welche bis 2 Tage vor ihrem Tode gestillt hatte, beobachtete er stark mit Fett infiltrirte Zellen neben reichlicher Epithelwucherung. Aus seinen Beobachtungen schliesst Verf., dass es sich bei der Milchsecretion um eine »modificirte fettige Degeneration« handle, indem die Drüsenzellen eine Zeit lang Fett erzeugen und ausstossen und dann einem baldigen Untergang anheimfallen.

Engelhorn (Stuttgart).

6. **Strebel.** Die Lochien, ihre Bedeutung und Wichtigkeit bei den Hausthieren, besonders bei der Kuh.

(Zeitschr. f. Veterinär-Wissenschaft 1877. Hft. 4 u. 5.)

Nach kurzer Besprechung des physiologischen Verhaltens schildert Verf. die mannigfachen Ursachen der Störung des Lochialflusses, sowie deren Folgen. Störend ist Alles, was eine zu starke Reizung der Geschlechtsorgane und Alterationen der verschiedenen physiologischen Secretionen veranlasst; so z. B. schwere Geburten, ungeschickte oder rohe Hülfsleistung hierbei, Euterentzündungen, Zurückbleiben der Nachgeburt oder ungeschickte Entfernung derselben, Scheiden- und Uterusvorfall und Erkältung. Die Folgen der Lochienstörungen stellen sich meist rasch ein und bestehen namentlich in Entzündung der Geburtswege und des Bauchfelles, in Blasenreizung; dann aber auch in Lungencongestionen und Störungen im Verdauungsgeschäfte und selbst hin und wieder in Gehirnaffectionen. Thiere, bei denen die Absonderung der Lochien vermindert oder qualitativ alterirt ist, werden traurig, zeigen, ohne dass eine Entzündung der Genitalien vorhanden wäre, Verminderung der Futteraufnahme, der Rumination und der Milchabsonderung, und beinahe immer einen febrilen Zustand. Sie verfallen gern in Cachexien und wird der Geschlechtstrieb oft erst nach sehr langer Zeit wieder rege. Eine eigenthümliche Erscheinung von putrider Infection als Folge der Lochienstörung und Absorption putrider Stoffe im Uterus manifestirt sich durch Anschwellungen an verschiedenen Gelenken und Sehnenscheiden, namentlich dem Sprunggelenke, dem Vorder- und häufig auch dem Hinterknie.

Boeckl (Stuttgart).

7. **Ahlfeld.** Ueber bimanuelle Placentarexpression.

(**Schmidt's** Jahrbücher Bd. CXLVII. No. 1.)

Verf. will die Methode Höning's, die seiner Ansicht nach noch nicht so in der Praxis Eingang gefunden hat, als sie es verdient, den

Aerzten dringend empfehlen, sie aber auch auf die Expression der Placenta nicht blos in den ersten, sondern auch für manche Fälle in den späteren Monaten der Schwangerschaft, in denen der Credé'sche Handgriff aus irgend einem Grunde nicht zum Ziele führt, ausgedehnt wissen. Er tritt ferner für die Anwendung des Verfahrens in Anteversionsstellung des Uterus ein gegen Fritsch und Fasbender, welche es in Retroversionsstellung ausüben.

Schellenberg (Leipzig).

---

8. **Ahlfeld.** Bericht über zwei Puerperalepidemien.

(**Schmidt's** Jahrbücher Bd. CXLVII. No. 2.)

Verf. klagt zunächst darüber, dass die Medicinalbehörden sich noch viel zu wenig mit den Fragen über das Puerperalfieber beschäftigten, dass ferner von Seiten der Aerzte die Veröffentlichung der in ihrer Praxis vorgekommenen Fälle geflissentlich gemieden, das Vorkommen sogar gewissermassen vertuscht, und so das Studium über Entstehung, Wesen und Verhütung dieser Krankheit ganz wesentlich erschwert würde. Verf. hält im Gegensatz zu Anderen eine Aufklärung des Publicums über diese Fragen für nothwendig und erspriesslich und glaubt, dass man mit der Geheimhaltung den Feinden des ärztlichen Standes eine grössere Waffe in die Hand gebe als damit, dass durch rücksichtslose Oeffentlichkeit hier und da die Gewissenlosigkeit eines einzelnen Arztes oder einer Hebamme zu Tage kommen sollte.

Verf. berichtet nun über eine Puerperalfieberepidemie in der Stadt Leipzig im Jahre 1872, über die er im Auftrage der geburtshülflichen Gesellschaft und des ärztlichen Bezirksvereins Untersuchungen angestellt hat.

Die interessanten und eingehenden Details sind im Original nachzulesen. Er kommt zu dem Schlusse, dass sich diese Epidemie ohne Annahme eines Miasmas erklären lasse, dass dagegen mit grösster Wahrscheinlichkeit die Hebammen und Aerzte Träger des Infectionsstoffes gewesen seien.

Der Bericht über die zweite Epidemie in einem Städtchen Anhalt's, welche mit Scarlatina complicirt war, enthält ebenfalls sehr interessante Details, die Frage über den Zusammenhang der Scarlatina mit Puerperalfieber lässt Verf. offen.

Schellenberg (Leipzig).

---

9. **Beltz.** Retention der Placenta nach Abort.

(Gaz. des hôpitaux 1877. No. 3.)

B. befindet sich in Betreff der Behandlung der retinirten Placenta nach Abort durchaus im Gegensatz zu Triaire (Gaz. des hôpitaux 1877, 10. April, ref. Centralblatt für Gynäkologie No. 7. p. 136), welcher principiell die exspectative Methode beobachtet wissen will, auch wenn jauchiger Ausfluss eintritt. B., gestützt auf eine

reiche Erfahrung, verwirft zwar nicht absolut das Abwarten, glaubt indessen die Mehrzahl der Fälle nur auf operativem Wege heilen zu können. Wenn auch bei Retention der Placenta nach normaler Geburt in manchen Fällen die exspectative Methode von Erfolg gekrönt sei und ein Eingriff zuweilen schwere Zufälle zur Folge habe, so lehre doch die Statistik, dass man sich schliesslich fast stets zum Eingreifen veranlasst sehe. Bei Retention nach Abort tamponirt B. zunächst und giebt Secale, nimmt dann nach Entfernung der Tampons die jetzt meist gelöste Placenta fort. Ist sie nicht gelöst, so kann man warten, indessen sehr bald wird eine neue Blutung oder beginnende Jauchung die operative Entfernung erforderlich machen. Vergessen darf man ferner nicht, dass bei längerem Zuwarten der Muttermund sich schliesst, wodurch die Schwierigkeiten bedeutend vermehrt werden, welchen Uebelstand er durch Mittheilung eines instructiven Falles illustrirt. **Runge** (Strassburg i/E.).

---

10. **J. Veit.** Die Therapie der Verhaltung von Eiresten nach Fehlgeburten.

(Zeitschr. für Geburtsh. und Frauenkrankh. Bd. I. Hft. 2.)

Während schon früher Osiander, später Simpson, Martin, gestützt auf praktische Erfahrung, die baldige Entfernung zurückgebliebener Ei- und Placentarreste anempfahlen, wurde bekanntlich in jüngster Zeit von Kehrer, gestützt auf experimentelle Untersuchungen, ein gewaltiger Einwand gegen ein derartiges Vorgehen erhoben, indem er bei seinen Experimenten eine inficirende Eigenschaft der Lochien nachwies. Diesem Einwand hat sich dann mehr vom praktischen Standpunct aus der Franzose Cordes angeschlossen.

Verf. unternimmt nun an der Hand einer Reihe von selbstbehandelten Fällen die Nothwendigkeit und zugleich die Ungefährlichkeit der baldigen Entfernung der Abortreste zu zeigen.

Die Symptome, die nach einem Abort zur Annahme der Verhaltung von Resten führen, sind Blutungen aus dem meist vergrösserten Uterus, theilweise oder völlige Durchgängigkeit des Cervix, unter Umständen Fieber, jauchige Absonderung, Fröste. Ist der innere Muttermund nicht für den Finger durchgängig, so ist das zweckmässigste und unschädlichste Mittel die Dilatation mit Pressschwamm; bei Anwendung der carbolisirten englischen ist man ziemlich sicher vor Infection.

Die Narkose allein genügt eben häufig nicht, um den inneren Muttermund für den Finger durchgängig zu machen. Dagegen genügt ein im Nothfall zweimaliges Einlegen des Pressschwammes, um diesen Zweck zu erreichen.

Ist für einige wenige Fälle auch nachgewiesen, dass Eireste spontan nach längerer Zeit abgegangen sind, so ist dies doch zu unsicher und die Gefahr der Dilatation weit geringer, als die durch längere Blutungen, Verjauchung drohende.

Meist kann unter Zuhülfenahme des Drucks der andern Hand der Finger alles abschälen, zur Herausbeförderung der gelösten Reste kann man, wenn der Finger nicht ausreicht, allenfalls die Kornzange verwenden.

Nach Entfernung der Reste empfiehlt Verf. eine methodische prophylaktische Ausätzung des Uterus mit Eisenchloridlösung. In 26 Fällen ist nur eine schon vorher kranke Patientin weiter darnach erkrankt, während er früher ohne diese Vorsichtsmassregel 2 Todesfälle zu beklagen hatte. Starke Carbolsäurelösung würde denselben Dienst thun. Häufig folgt ein Frostanfall darnach, der prognostisch ohne Bedeutung, nur bei Wiederholung desselben muss man noch 2 — 3 Mal eine Ausspülung der Uterushöhle mit 5% Carbolsäurelösung vornehmen.

Die einzige Contraindication des Verfahrens sind grössere Exsudate; Empfindlichkeit des Uterus für sich nicht, denn diese schwindet nach Entfernung der Reste. **Fehling** (Stuttgart).

---

11. **Valenta.** Ueber die künstliche Fruchtblasensprengung mit Bezugnahme u. s. w.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XII. Hft. 1.)

V. controlirt an der Hand einer Statistik über 2600 in der Anstalt wohlüberwachter Geburten, die in seiner Arbeit M. f. G. XXVIII über denselben Gegenstand ausgesprochenen Sätze:

Die Nothwendigkeit des künstlichen Blasensprunges lag etwa bei jeder 5. Geburt vor, bei Erstgebärenden etwas häufiger, als bei Multiparen. Mit der Zahl der vorausgegangenen Geburten nimmt die Häufigkeit des normalen Blasensprunges zu, ebenso mit der Zunahme der Jahre sowohl bei Primi- als Multiparen, wogegen der künstliche Blasensprung bei Zwillingsgeburten am häufigsten, bei vorzeitigen Geburten am seltensten nothwendig wird. Die Eihäute der männlichen Eier sind derber, als die der weiblichen, die der Primiparen derber, als die der Multiparen. Bei Schädellagen ist der künstliche Blasensprung am seltensten nothwendig, bei Querlagen am häufigsten. — Der künstliche Blasensprung bringt der Mutter keine Gefahr, ist jedoch für das Kind von evidentem Vortheile; von den bei künstlichem Blasensprunge scheintodt geborenen Kindern wurde keines wieder belebt, was nur dadurch erklärlich, dass in diesen Fällen der operative Eingriff verspätet vorgenommen war. Derselbe ist ein gutes geburtsbeschleunigendes Mittel und reicht meist zur Erreichung der weiteren natürlichen Geburtsbeendigung aus. **Küstner** (Halle a/S).

---

12. **Wiener.** Kephalothryptor oder Kranioklast?

(Arch. f. Gynäkologie Bd. IX. Hft. 3.)

Verf. tritt mit Wärme für den Kranioklast gegenüber dem Kephalothryptor ein. Es werden nicht nur theoretisch, sondern durch zahl-

reiche Fälle aus der Breslauer Klinik die Vorzüge des Kranioklastes beleuchtet. Dabei wendet sich Verf. gegen die Behauptungen von Kleinwächter, der geglaubt hatte, sich über den Kranioklast absprechend äussern zu dürfen. Die Resultate der Untersuchung sind kurz folgende: Man soll bei Perforationsfällen keine anderweitigen Entbindungsversuche voranschicken. Die Perforation ist stets mit der Extraction zu vereinen. Der Kephalothryptor gleitet leicht ab und erschwert die Extraction, weil er den Kopf nach einer Richtung hin verlängert. Fasst also das Instrument quer, wie es fast stets der Fall ist, so wird der Kopf gerade in der Conjugata vergrössert. Der Kephalothryptor lädirt die Weichtheile. Statistisch lassen sich viele Krankheiten nach der Kephalothrypsie nachweisen. Der Kranioklast dagegen gleitet fast niemals ab, beansprucht wenig Raum, spitzt den Kopf nach unten zu, verletzt schwer, ist leichter zu handhaben und verkleinert die Basis cranii. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

13. **Lardier** und **Gross.** Die Trennung von Doppelmissbildungen.

(Arch. de Tocologie 1877. Mai u. Juni.)

L. zu Rambervillers (Vosges) bekam einen neugeborenen Knaben zur Beobachtung, der zwischen Processus xiphoideus und Nabel einen Parasiten trug. Letzterer bestand, wie an dieser Stelle stets, aus dem Steisse und den beiden unteren Extremitäten. Die Geschlechtstheile waren gut entwickelt, der Penis sogar erectil. Anus angedeutet. Nach der Linea alba zu konnte man einen fibrösen Strang fühlen. Der gemeinsame Nabelstrang sass auf einem mässig grossen Nabelschnurbruche auf.

L. fasste den Entschluss, den Parasiten operativ zu entfernen und führte die Operation 5 Wochen nach der Geburt aus. Der breit aufsitzende Tumor wurde mittelst eines Silberdrahtes abgeschnürt. Die Schwellung des Parasiten soll während des Ecrasements sehr bedeutend gewesen sein. Der letzte Rest wurde mit dem Messer durchtrennt. Blutung gering, Schluss der Wunde durch 3 Nähte, Gewicht der abgetragenen Masse 410 Grm. — An der Trennungsstelle will L. nur »une couche légère de cellules groisseuses« bemerkt haben.

Die Heilung ging ohne wesentliche Störung vor sich. In dem Parasiten fand sich bei der Section ein rudimentäres Becken, eine kleine Partie Darmcanal, der aber nicht mit dem des Autositen communicirt haben soll, eine rudimentäre Niere, aber keine Blase, keine Urethra.

Die Betrachtungen von Gross, welche an diese Beobachtung von L. sich anschliessen, bringen nichts Neues. **Ahlfeld** (Leipzig).

---

14. **Friedländer.** Ueber die Placentar- und Lungenblutcirculation nach der Geburt des Kindes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 27.)

Im Wesentlichen eine Polemik gegen Schücking's Aufsatz »zur Physiologie der Nachgeburtsperiode.« (S. Centralbl. f. Gynäk. No. 2.)

Für nicht asphyktische Kinder bestätigt Verf. den günstigen Einfluss der späten Abnabelung, sucht aber nachzuweisen, dass die causa movens der Uebertragung dieses Blutquantums aus der Placenta auf das geborene Kind wesentlich die fötale Circulation und nicht der intrauterine Druck sei; der Respiration schreibt er keinen Antheil daran zu.

Der von Schücking angegebenen Behandlung der Asphyxie Neugeborener, als einer rein auf theoretischen Erörterungen gestützten, stellt Verf. die entgegengesetzten Resultate der Empirie gegenüber. Aber auch bei theoretischer Betrachtung kann er sich nicht damit einverstanden erklären. Die beiden wesentlichen Factoren, die bei der Eröffnung des Lungenkreislaufes in Betracht kommen, sind: 1) Wenn die Nabelarterien comprimirt werden, so muss in der Aorta descendens und im linken Herzen eine Stauung eintreten, und dadurch das Foramen ovale und zugleich auch der noch etwa (!) vorhandene Ductus Botalli geschlossen werden, so dass das Blut direct in die Lungenarterie getrieben wird, wodurch schliesslich der Druck in den Nabelarterien abnimmt.

2) Wenn die Nabelvene der Vena cava infer. kein Blut mehr zuführt, so wird der Blutstrom der cava super. in dem weniger gefüllten rechten Ventrikel überwiegen und der Anprall gegen die Vulv. Eustachii gering werden, so dass alles vorhandene Blut der rechten Kammer zufliessen muss.

Man müsste also gleich nach der Geburt die Nabelarterien comprimiren und dann 1—2 Minuten nach dem Aufhören der Pulsation die Unterbindung der ganzen Nabelschnur folgen lassen. Dadurch wird dem Kind das »Reserveblut« nicht vorenthalten und die Lungencirculation durch die Unterdrückung der Placentarcirculation erleichtert. Die von Schultze empfohlene Blutentleerung aus den Nabelgefässen ist theoretisch ganz richtig, aber nicht ungefährlich, Verf. empfiehlt dagegen ein künstliches Hinderniss der Circulation im Gebiet der Aorta descendens, durch Compression dieser oder der Femoralis herzustellen, um so die Einleitung der Athmung zu begünstigen.

Die Pulsverlangsamung während der Wehe und in der Nachgeburtsperiode hält Verf. für nicht auf denselben Ursachen beruhend.

Schellenberg (Leipzig).

---

15. **G. Moretti.** Ueber die künstliche Entbindung bei sterbenden Schwangeren.

(Annali univ. di med. e chirurgie 1877. Juni.)

Sollte eigentlich lauten bei sterbend geglaubten, denn Verf. reihte den anderen bekannten Gründen, welche ihn bestimmen, die künst-

liche Entbindung dem Kaiserschnitte nach dem Tode vorzuziehen, noch den einen, dass vielleicht durch die rasche Entbindung die sterbend geglaubte Mutter noch gerettet werden könne, wie es in einem Falle von Golinelli (Eclampsie) und in zwei Fällen von Pellegrini (Hirnblutung) geschah. In einem Falle des Verf. (Lungenödem) wurde zwar ein todtes (frisch abgestorbenes — Verf. hatte vor der Operation keine Herztöne wahrgenommen) Kind extrahirt, doch die Mutter genas. — Verf. zieht die Manualdilatation der blutigen Erweiterung vor, ausser wenn erstere durch grosse Rigidität unmöglich wäre.

Liebman (Triest).

---

16. **E. W. Jenks.** Viburnum prunifolium; dessen Gebrauch in der Gynäkologie.

(Trans. Am. Gyn. Soc. 1876. Vol. I.)

Verf. empfiehlt dieses Mittel als ein Sedativum der Gebärmutter, dessen Wirkung in dieser Richtung ebenso ausgesprochen, ist als die des Secale im Hervorrufen von Gebärmuttercontractionen. Hauptsächlich nützlich ist es in Fällen von drohendem Abortus, in denen selbstverständlich die Uterinthätigkeit noch nicht bis zur Ablösung des Eies vorgeschritten ist. Das Mittel wird dann als wässeriges Extract (fluid Extract) der Rinde der Wurzel oder Schösslinge in Theelöffel-Dose alle 2 — 3 Stunden gegeben, so lange es nöthig erscheint. Bei habituellem Abortus giebt Verf. $^1/_2$ bis 1 Theelöffel voll 4mal täglich von wenigstens 2 Tage vor dem Beginn der regelmässigen Menstrualmolimina, bis zwei Tage nach dem Termin des gewöhnlichen Blutflusses.

Er hat Dutzende von Fällen auf diese Art mit Erfolg behandelt und weiss kein Mittel, dem er bei diesem Zustande ein ähnliches Vertrauen schenken könnte.

Auch in den der Schwangerschaft eigenen sympathischen nervösen Affectionen, und in einer grossen Mehrzahl der von Störung der weiblichen Geschlechtssphäre ausgehenden lokalen und allgemeinen Reizungszuständen ist es äusserst wirksam, wie überhaupt also als nervenberuhigendes Mittel in den meisten gynäkologischen Fällen. Auch bei Uterinreizungen und -Hyperämien, welche auf constitutionellen Störungen beruhen, ist es nützlich, so z. B. bei Metrorrhagie im Verlaufe von Phthisis pulmonalis, Herzfehlern, Leberleiden, Anämie oder Malaria; ferner bei der häufig die Menopause begleitenden Metrorrhagie, in welchen Fällen dessen Verbindung mit Secale ebenfalls gute Erfolge liefert. Auch in congestiver Dysmenorrhöe, und in Dysmenorrhöe mit Secale mit Menorrhagie auf Fibroiden beruhend, ist die Combination des Vibur vor, während und gleich nach der Periode zu empfehlen. Kurz, sagt Verf., in allen Uterinstörungen, welche durch Blutverluste charakterisirt sind, ist das Viburnum angezeigt.

Der baumähnliche Strauch, von dem das Mittel gewonnen wird, ist besonders im östlichen und westlichen Theile der Ver. Staaten ein-

heimisch. (Ref. hat dieses Mittel wiederholt mit Erfolg bei auf Uterinstörung — Hyperplasie des Uterus u. s. w. — beruhender allgemeiner Nervösität mit profuser Menstruation, auch bei drohendem Abortus angewendet; übrigens verleiht die hohe ärztliche Stellung des Verf. allen seinen Angaben unbedingte Glaubwürdigkeit. Das Extractum fluidum ist hier in allen Apotheken zu haben.) **P. Munde** (New-York).

---

17. **F. Weber.** Ueber das krankhafte Erbrechen Schwangerer.
(Allgem. med. Centralzeitung 1877. No. 45—48.)

Verf. polemisirt zuerst gegen den allgemein gebräuchlichen Ausdruck »unstillbares« Erbrechen Schwangerer, das den factischen Verhältnissen nicht entspreche. Er will unterschieden haben ein »physiologisches« Erbrechen Schwangerer, was zu den Schwangerschaftszeichen, höchstens zu den Schwangerschaftsbeschwerden zu rechnen ist und ein »krankhaftes« Erbrechen (Dystocia vomitoria), wobei krankhafte Erscheinungen hervorgerufen werden, die tiefere Functionsstörungen bedingen. Dieses Erbrechen befällt vorzugsweise Multiparae, und tritt fast ausnahmslos in den ersten Schwangerschaftsmonaten auf, was gegen die Aetiologie aus übermässiger Ausdehnung des Uterus spricht. In fast allen Fällen findet man noch anderweitige Störungen des Sexualapparates, so namentlich Deviationen des Uterus, Ulcerationen an der Portio, entzündliche Processe am Collum, perimetritische Verwachsungen etc. In anderen Fällen Erkrankungen des Intestinaltractus, in sehr vielen endlich Anämie.

Aetiologisch glaubt Verf., dass die Schwangerschaft selbst jedenfalls die Hauptrolle spielt, dass die übrigen Affectionen nur secundär sind, d. h. nur in Verbindung mit Schwangerschaft diese Erscheinungen hervorrufen. Hierbei sind vorzugsweise zu nennen die Deviationen des Uterus und die entzündlichen Processe an dem unteren Abschnitte desselben. Ein allgemein gültiges Bild der Krankheit lässt sich nicht entwerfen, da die Krankheitserscheinungen individuell zu verschieden sind.

Die Prognose ist nicht absolut günstig, wenn auch günstiger, als man wohl annimmt, namentlich sind die Einwirkungen auf den Gang der Schwangerschaft gering.

Was die Therapie betrifft, so handelt es sich darum zu individualisiren. Viele Fälle werden durch Behandlung der Complicationen geheilt oder gebessert, durch mechanische Behandlung der Flexionen, durch Bekämpfung der Ulcerationen an der Portio, durch Behandlung der entzündlichen Processe des Collum uteri.

Bei besonderer Reizbarkeit der Magennerven mit cardialgischen Anfällen sind die Opiate, namentlich Morphium subcutan wirksam; ebenso Kalium bromatum, Argent. nitricum, letzteres aber nur in wässriger Lösung und in kleinen Dosen.

In einigen Fällen erweisen die sogen. Nervina und als Specificum gepriesene Cerium oxalicum gute Dienste. Bei hochgradiger

Anämie tritt dann die Behandlung mit Eisenpräparaten, unterstützt durch eine kräftige leichtverdauliche, abwechselnde Nahrung, Wein etc. in den Vordergrund.

Den Uebergang zu dem »letzten Mittel« der Unterbrechung der Schwangerschaft bildet das Copemann'sche Verfahren der Erweiterung des Muttermundes. Zur Einleitung der Geburt stellt Verf. folgende Indication auf.

1) Die künstliche Frühgeburt ist einzuleiten, wenn alle übrigen Versuche gescheitert, und das Erbrechen das Leben der Schwangeren bedroht und die Lebensfähigkeit des Kindes constatirt ist.

2) In früheren Zeiten der Schwangerschaft ist nur in äussersten Fällen zu diesem Mittel zu greifen, weil das Leben der Frucht absolut vernichtet wird, jedenfalls ist vorher die einfache Erweiterung des Muttermundes zu versuchen. **Schellenberg** (Leipzig).

Casuistik.

18. **Bechmann.** Ein Fall von Kaiserschnitt wegen Carcinoma uteri.
(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 21.)

37jährige VII para. Schwangerschaft (VIII Monat) complicirt mit Carcinoma cervicis uteri. Das Carcinom füllt den unteren Theil des kleinen Beckens vollständig aus.

Von der Einleitung der Frühgeburt wird abgesehen, da bei der bereits weit vorgeschrittenen Schwangerschaft dieselbe für den leichteren Durchgang des Kindes keinen Vortheil geboten haben würde; von der Entfernung des Carcinoms wegen der grossen räumlichen Ausdehnung desselben und der jedenfalls folgenden Frühgeburt.

Kaiserschnitt nach der Deleurye'schen Methode, Uterusnaht, lebendes Kind. Tod am 5. Tage, Verjauchung des Carcinoms. **Schellenberg** (Leipzig).

19. **J. Pauli.** Idiopathischer Retropharyngealabscess eines Säuglings.
(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 22.)

Bei einem 6 Monate alten Mädchen, das unter croupartigen Erscheinungen erkrankt, wird, nachdem es verschiedentlich ohne Erfolg behandelt wurde, mittelst der Digitaluntersuchung ein taubeneigrosser Abscess gefunden; Entleerung mittelst des Troikars. Wiederanfüllung und Spaltung. Verf. weist auf die Wichtigkeit der Digitaluntersuchung hin. **Schellenberg** (Leipzig).

20. **Th. Parvin.** Ein Fall von Xenomenie oder vicarirender Menstruation.
(Trans. Amer. Gyn. Soc. 1876. Vol. I.)

Patientin 16 Jahr alt, von gesunden Aeltern, zuerst im 14. Jahr normal menstruirt, regelmässig bis zu Anfang des 16. Jahres, dann Menopause während 6 Monate, dann 4 Mal hinter einander in regelmässigen 4 wöchentlichen Zwischenräumen das Erscheinen einer dunklen, fast purpurfarbigen Schwellung beider Lippen, besonders der unteren, deren innere Fläche blutete. Diese Erscheinung dauerte jedesmal 4 Tage, und trat während dieser 4 Monate durchaus keine Genitalblutung ein. Nach dem vierten Auftreten dieser vicariirenden Menstruation entfloh Patientin von der Correctionsanstalt, in der sie unter genauer Beobachtung gehalten wurde, und die weitere Beobachtung des Falles wurde unmöglich. Patientin war anämisch und schwächlich. Verf. meint, dass die bisher gegebenen Erklärungen der Xenomenie, wie besonders Dünnwandigkeit der Gefässe des blutenden Theiles oder grössere Empfindlichkeit derselben überhaupt, immerhin nur ohne positive Untersuchungen und Thatsachen bekräftigte Hypothesen sind, und theilt daher seinen Fall ohne weitere Erklärung mit. **P. Munde** (New-York).

21. **Löhlein.** Zur Lehre von der Conglutinatio orificii uteri externi.

(Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkologie Bd. I. Hft. 2.)

1. Ein 19jähriges Mädchen litt seit $1^1/_2$ Jahren an Vorfall und Fluor und trug deshalb einen Gummiring. Am Beginn der 1. Geburt, die sich durch sehr starke, aber nicht fördernde Wehen auszeichnet, fand sich das Kind in erster Steisslage. Muttermundsöffnung weit hinten, kaum linsengross. Unter kräftigem Fingerdruck darauf lösten sich lockere, fadenartige Verklebungen, 3 Minuten darauf war schon die Eröffnung beendet und bald danach durch zwei starke Wehen der Steiss geboren. Placenta und Eihäute in Narkose gelöst wegen inniger Verwachsung.

2. Bei der 25jährigen Frau trat trotz kräftigster Wehen keine Erweiterung des Muttermundes ein. Erst nach der Trennung einiger leichter Verklebungen schritt die Geburt vorwärts. 1. Schädellage, lebender Knabe.

Mit vorwiegender Berücksichtigung des 1. Falles bemerkt Verf., dass hier die Geburt in 1. Steisslage erfolgte, während es sich in den bisherigen Fällen um Schädellagen handelte. Aetiologisch ist von Wichtigkeit eine vor und während der Schwangerschaft bestehende Endometritis cervicalis; das Zustandekommen der Verklebung hält Verf. sowohl durch eine einfache Verschliessung durch Secret, wie durch eine oberflächliche, leicht trennbare Verwachsung möglich in Folge von entzündlichen Vorgängen. Unterstützende Momente für die Geburtserschwerung durch die Verklebung sind erstens die ursprüngliche Kleinheit des Muttermundes und die den I paris eigenthümliche Form desselben, zweitens oft eine grössere Unnachgiebigkeit des Gewebes (besonders bei älteren I paris) und drittens nicht selten eine durch ungewöhnlich feste Verwachsung der Eihäute mit dem Endometrium erschwerte Blasenstellung. **Leopold** (Leipzig).

22. **Winsor.** Angeborner Hymenalverschluss.

(Bost. med. and surg. Journ. 1877. Juli 12. p. 36.)

Ein 17jähriges Mädchen klagt mehrmals über schmerzhafte Anfälle von Dysurie. Die Regel war noch nicht dagewesen. Der Urin war klar und rein. Die locale Besichtigung der Geschlechtstheile ergab einen Tumor, der die Vulva stark hervortreibt, und nach oben bis über den Nabel hin zu verfolgen ist. Punction mit dem Aspirator ergab 180,0 blutiger, schmieriger Flüssigkeit. In den nächsten Tagen sickerte noch weiter ab, es entstand allmälig ein septisches Fieber. Als endlich die Erscheinungen der Infection sehr drohend wurden, wurde eine breite Incision ins Hymen gemacht, worauf sich übelriechende Massen reichlich entleerten. Es folgte eine Phlegmone im Becken, die nach Wochen ohne Eiterdurchbruch langsam abheilte. Das Mädchen genas und hatte später regelmässige Menstruation.

Der Fall zeigt aufs Neue, dass bei Operationen solcher Atresien Vermeidung der Sepsis die Hauptsache ist. **Fehling** (Stuttgart).

23. **Revillout.** Seltene Missbildung des Urogenitalapparates.

(Gaz. des hôpitaux 1877. No. 84.)

R. beschreibt eine Bildungsanomalie des Harn- und Geschlechtsapparates bei einer Person von 26 Jahren, welche sich in der Beobachtung von Pillaux befindet. Es besteht Extrophie der Blase, die Vagina fehlt, der Uterus öffnet sich direct nach aussen, das Orificium externum befindet sich fast im Niveau der Hautdecken und ist von kleinen Rudimenten der Nymphen und grossen Schamlippen umgeben. Clitoris und Urethra fehlen, ebenso die Symphyse. Die Schambeine stehen etwa fünffingerbreit auseinander. In der Mitte des oberen Randes der extrophirten Blase befindet sich der Nabel. Die Person menstruirt regelmässig seit dem 15. Jahr, woraus R. auf die Existenz von Ovarien schliesst. Die Länge der Uterushöhle ist annähernd normal, die Form mehr infantil; der Körper ist im Verhältniss zum Hals relativ klein, die Gestalt des ganzen Organs ovoid, fast spindelförmig. **Runge** (Strassburg i/E.).

24. **Baker.** Ein zweifelhafter Fall von Extrauterinschwangerschaft.

(Bost. med. and surg. Journ. 1877. Juli 12. p. 45.)

Eine 25jährige Frau hat 1 Mal geboren, 1 Mal in der 6. Woche abortirt. Eine darauf folgende Strictur des Os int. wurde durch blutige Dilatation geheilt. Bald darauf blieb die Menstruation weg, statt derselben traten Schmerzanfälle ein, später war ein Tumor auf der linken Seite des Unterleibes zu fühlen. Es folgten unregelmässige Blutungen, hier und da mit Fieber, Leben des Fötus war nicht zu fühlen. Später wurde deutlich Verlängerung des Uterus auf $4^1/_2$″ mit der Sonde nachgewiesen, sowie das seitliche Ansitzen des Tumors am Uterus. Vom Zeitpunct an, wo normaler Weise die Niederkunft hätte erfolgen sollen, erholte sich die Frau langsam. Später trat dann auch die Menstruation wieder regelmässig ein.

Fehling (Stuttgart).

25. **W. L. Richardson.** Chorea in der Schwangerschaft.

(Bost. med. and surg. Journ. 1877. Juli 12.)

Ein 17jähriges Mädchen, das seit Jahren an Chorea litt, war sofort nach Ablauf der Austreibungsperiode davon befreit. Bei der Geburt selbst waren die choreaartigen Bewegungen sehr stark gewesen.

Eine II para hatte im 14. Jahr 3 Monate lang Chorea, 2 Monate nach dem Verschwinden trat zum ersten Mal die Regel ein. Neue Anfälle traten im 6. Monat der Schwangerschaft auf, sie liessen sofort nach der Geburt nach und waren am 5. Tag ganz verschwunden. **Fehling** (Stuttgart).

26. **Fehling.** Ein Fall von osteomalakischem Becken.

(Württemb. ärztl. Correspond.-Blatt 1877. No. 17.)

$33^1/_2$jährige Frau hat in den letzten 12 Jahren 9 Mal geboren, zuletzt vor $1^1/_2$ Jahren; die Geburten verliefen stets spontan, jedoch dauerten die letzten immer länger. In der 7. Schwangerschaft traten zuerst Krankheitserscheinungen auf; Schmerzen in den Metatarsalgelenken; in der 8. und 9. Schwangerschaft trat jedesmal eine Verschlimmerung ein, die Krankheit erstreckte sich allmälig auf den ganzen Körper.

Jetzt ist sie fast unfähig zu Bewegungen und sehr von Schmerzen geplagt. Querlage; hochgradige Verengung des Schambogens um 2 Finger breit; die Pfannen springen stark nach innen vor; obere Kreuzwirbel tief ins Becken hineingesunken. Allgemeine Verengerung, besonders des Ausgangs. In der Narkose wird die Wendung und die mässig schwierige Extraction eines reifen Mädchens (50 Ctm. lang 36 und 33 grösster und occip.-frontal. Kopfumfang) gemacht. Mässige Nachblutung. Wochenbett verlief gut. Die am 12. Tage vorgenommene genauere Untersuchung ergab: hochgradige Kyphose der Dorsalwirbel, Lordose der unteren Lendenwirbel und des oberen Theiles des Kreuzbeins. Darmbeinschaufeln geknickt. Quermaasse des grossen Beckens 22,5, 28,5, 29. Conj. ext. 17. Schnabelsymphyse. Schambogen knapp 1 Finger breit. Promont. tief, Conj. ver. 10. Tub. ischii 7,5. Durch roborirende Diät und Soolbäder hat sich die Frau so weit erholt, dass sie nur noch bei längerem Stehen Schmerzen empfindet und eine vollständige Heilung wohl zu erwarten ist. Durch weitere Messungen konnte in den nächsten Wochen eine immer steigende Verengerung des Beckens constatirt werden.

Aetiologisch bringt der Fall keine neuen Gesichtspuncte. Ebenso nicht die vom Verf. vorgenommenen Harnanalysen. Am wichtigsten ist die constatirte Nachgiebigkeit des Beckens, die in allen neueren Berichten über Geburten bei osteomalakischen Becken zu finden ist, während sie in den älteren oft fehlt.

Verf. ist nun der Ansicht, dass sie immer vorhanden sei, wenn Schwangerschaft und Geburt bei noch bestehender Osteomalakie vorkomme, und nur in den Fällen fehle, wo wie in dem Winkel'schen Fall der Process bereits abgelaufen sei.

Es ergiebt sich hieraus für die Therapie der wichtige Moment. mit dem Kaiserschnitt nicht so rasch bei der Hand zu sein, da selbst bei sehr hochgradigen Verengerungen die Nachgiebigkeit wohl immer noch so gross sei, um wenigstens wohl die Perforation zuzulassen. Der Verlauf der in der neueren Literatur beschriebenen Fälle bestätigt diese Ansicht. **Schellenberg** (Leipzig).

27. **Synety.** Galactorrhoe.

(Gaz. des hôpitaux 1877. No. 85.)

S. berichtet in der Société de Biologie (Sitzung vom 14. Juli 1877) über eine Frau von 35 Jahren, welche dreimal entbunden, jedesmal eine abundante Production von Milch bot. Ihre beiden ersten Kinder nährte sie 3 Jahre, das dritte stillte sie nicht, hatte aber noch nach 18 Monaten eine ausserordentlich reichliche Milchsecretion. Ihr Aussehen ist bleich und mager. Die Untersuchung der Milch ergab, dass sie ärmer an wässerigen Bestandtheilen und sehr reich an Fett war.

Die Untersuchung des Urins ergab keinen Zucker. Diese Thatsache verwendet S. als Stütze für seine Ansicht, dass bei Stillenden Zucker nur dann im Urin erscheint, wenn die Lactation plötzlich unterdrückt wird.

Runge (Strassburg i/E).

28. **Haussmann.** Ueber die bei den Blutungen der Gebärmutter früher geübte Autotransfusion.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie Bd. I. Hft. 2.)

Verf. weist mit Hülfe eines interessanten historischen Excursus nach, dass die nach dem Esmarch'schen Princip ausgeführten, von P. Müller auch zu geburtshülflichen Zwecken empfohlenen Einwickelungen der Glieder schon in den ältesten uns überlieferten Schriften gegen die schweren Gebärmutterblutungen empfohlen und mit Erfolg angewendet worden sind. **Leopold** (Leipzig).

29. **Dally.** Bemerkung über einen Fall von Arthritis deformans bei einem Kinde.

(Journ. de Thérapeutique 1877. No. 14.)

Verf. beschreibt einen Fall von exquisiter Arthritis deformans bei einem 7jährigen Knaben.

Behandlung: Schwitzen, kalte Douchen, passive Bewegungen, Gymnastik. Resultat nach 2 Monaten fast vollständige Heilung für die grossen Gelenke, bedeutende Besserung der kleinen. **Schellenberg** (Leipzig).

30. **Couzier.** Ein Fall von Hydrophobie bei einer Wöchnerin.

(Mittheilung in der Académie de médecine. — Sitzung vom 26. Juni 1877.)

(Journ. de Thérapeutique 1877. No. 14.)

Eine im 7. Monat schwangere Frau wird im Februar von einer brünstigen Katze in die Hand gebissen. Am 25. März normale Entbindung, am 6. Mai (90 Tage nach dem Biss) plötzliche Unterbrechung des Wochenflusses, am 9. Mai in der Nacht Auftreten der Hydrophobie. Tod am 11. Mai. Kind gesund.

Schellenberg (Leipzig).

31. **Puech.** De l'uterus pubacent.

(Gaz. obstetr. 1877. No. 10.)

Enthält im Wesentlichen eine Polemik gegen den bisher in der Wissenschaft gebräuchlichen und auch von Schröder in sein Lehrbuch aufgenommenen Ausdruck: die angeborene Atrophie des Uterus; indem dieser Zustand durchaus keine angeborene Abnormität darstelle, sondern vielmehr dadurch zu Stande kommt, dass der sich während des Kinderalters normal entwickelnde Uterus, an dem Uebergang in die Geschlechtsreife durch irgend welche Vorgänge behindert werde, es sich also um eine Wachsthumshemmung kurz vor der Pubertätszeit handele.

Schellenberg (Leipzig).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S., an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Erster Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 10 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 15. **Sonnabend, den 13. October.** **1877.**

Inhalt: I. **Ahlfeld**, Zur Frage über den Uebergang geformter Elemente von Mutter auf Kind. (Original-Mittheilung.)

1. **Müller**, Placenta praevia. — 2. **v. Preuschen**, Ursachen der ersten Athembewegungen. — 3. **Pichot**, 4. **Benicke**, Gebärmutterkrebs. — 5. **Bischoff**, Unfruchtbarkeit der Octoroon. — 6. **Hecker**, Bericht. — 7. **Konrad**, Icterus. — 8. **Breisky**, Narbenectropium und Carcinom. — 9. **Haake**, Zange bei Steisslagen. — 10. **Davy**, Rectaluntersuchung. — 11. **Jacoby**, Hysterom. — 12. **Langenbuch**, Drainage. — 13. **Hofmokl**, Traumatische Luxationen bei Neugeborenen.. —

14. **Veit**, Carcinoma corporis uteri. — 15. **Bauer**, Carcinoma vaginae. — 16. **Breisky**, Fibromyom. — 17. **Schauta**, 18. **Generali** u. **Sertoli**, Pseudohermaphroditismus. — 19. **Freund**, Doppelter Genitalcanal. — 20. **Thiede**, Fibrom des Cervix. — 21. **Martel**, Zerreissung der Vagina. — 22. **Homole**, Tuberkulose. — 23. **Buckell**, Kaiserschnitt. — 24. **Richardson**, Salivation. — 25. **Paschkis**, Haematocele. — 26. **Wiener**, Echinococcus.

I. Zur Frage über den Uebergang geformter Elemente von Mutter auf Kind.

Von

Prof. **F. Ahlfeld.**

Um die Frage über den Uebergang kleinster Körperchen von Mutter auf Kind zu lösen, habe ich im vergangenen Sommer eine Reihe von Versuchen an hochträchtigen Thieren gemacht. Leider ist mancher Versuch verunglückt und ich werde im nächsten Frühjahre die Arbeit wieder aufnehmen müssen. Einzelne Versuche hingegen haben bestimmte Resultate ergeben, die ich hierdurch den Fachgenossen mittheilen möchte:

1) Einmalige starke Fettfütterung. Untersuchung während der Verdauung.

3 Versuche: Ich liess das Mutterthier 2—3 Tage hungern und ihm dann früh am Morgen reinen abgewogenen Speck vorsetzen.

Der Rest wurde zurückgewogen. 12 Stunden nach dem Fressen, wo nach den Untersuchungen, die in Prof. Ludwig's Laboratorium gemacht worden sind, das Blut am fettreichsten zu sein pflegt, wurde den Mutterthieren Blut genommen, dann der Bauch geöffnet, eins der Jungen herausgenommen, und decapitirt.

Schon beim Ausfliessen aus den mütterlichen Gefässen fällt die weissliche Farbe des Blutes auf. Bereits in der ersten Viertelstunde scheidet sich eine dicke Fettschicht auf der Oberfläche des mütterlichen Blutes ab, während man auf dem Fötalblute keine Spur dieser Abscheidung sieht. Mit diesem schon makroskopisch deutlich wahrzunehmenden Resultate stimmt auch die mikroskopische Untersuchung. Während im mütterlichen Blute die grosse Menge der Fettelemente auffällt, fehlen solche im Fötalblute scheinbar gänzlich. Die chemische Analyse, welche Herr Dr. Flügge in drei Fällen anzustellen die Güte hatte, ergaben für das getrocknete mütterliche Blut (in jedem Falle 2 Untersuchungen): 8,0% und 8,2%, 9,3% und 9,3%, 8,4% und 8,5% an Aetherextract, während das fötale Blut in zwei Untersuchungen nur 0,84% und 0,5% Aetherextract enthielt.

Durch diese Versuche ist somit festgestellt, dass auch die äusserst feinen Fettmolecüle nicht durch die placentare Scheidewand hindurch wandern.

2) Einspritzungen von chinesischer Tusche.

2 Versuche: In einem Falle wurde zweimal in auf einander folgenden Tagen Tusche in die Vena cruralis eingespritzt. Die eingespritzten Mengen betrugen 10 — 20 Kbcm. Die Thiere liefen noch 1 — 2 Tage nach der Einspritzung umher, ehe sie getödtet wurden.

Ein Uebergang der Tusche auf die Föten war nicht nachzuweisen. In den Lebern und Nieren, die besonders genau mikroskopisch untersucht wurden, fand sich keine Spur der gesuchten Elemente.

3) Krappfütterung.

1 Versuch: Einer grossen, hochträchtigen Hündin wurden vom 19. — 22. Juli täglich circa 30 Grm. feiner holländischer Krapp zu fressen gegeben. Das Thier frass mit Fleisch zusammen den Krapp vollständig auf. Die Kothmassen hatten eine violettrothe Farbe. Am 22. Juli warf das Thier, nachdem es also 120 Grm. gefressen hatte.

Ein Uebergang von Krapp auf die Föten wurde nicht constatirt. Mehrere Knochenschliffe, die mikroskopisch untersucht wurden, zeigten keine Spur von Färbung.

Der Versuch ist, da das Thier zu zeitig warf, nicht beweisend genug. Doch habe ich ihn mit beschrieben, weil ich hier die Mittheilung anfügen wollte, dass Herr Prof. Lieberkühn, der eine trächtige Hündin längere Zeit mit Krapp fütterte, wie er mir mittheilen liess, ebenfalls den Uebergang auf die Frucht nicht nachweisen konnte.

Die übrigen Versuche wurden angestellt mit Indig-Carmin, Krappextract, neutralem Alizarinnatrium, Milzbrandblut, lieferten aber keine brauchbaren Resultate oder missglückten gänzlich.

Meine Versuche schliessen sich in ihren Resultaten den Bollinger'schen Versuchen mit Milzbrandbacterien vollständig an. Ein Uebergang, selbst der feinsten geformten Elemente von Mutter auf Kind konnte nicht constatirt werden. Die Versuche mit Fettfütterung halte ich aus dem Grunde für besonders beweisend, weil es keine Formelemente giebt von der Kleinheit der kleinsten Fetttröpfchen. Ausserdem ist der Versuch ungemein leicht auszuführen und hat noch den Vortheil, dass man sofort nach Tödtung der Thiere das Resultat einer grösseren Anzahl Anwesender ad oculos demonstriren kann.

---

1. **L. Müller.** Placenta praevia, die vorliegende Nachgeburt.
Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1877.

Verf. hat 16 Mal Placenta praevia behandelt. Im ersten Abschnitt wird eine sehr vollständige Geschichte der Placenta praevia gegeben, dieselbe ist mit Geschick zusammengestellt, erweckt gewiss jedem Leser Interesse und giebt ein treues Bild der Ansichten, welche im Laufe der Jahrhunderte galten. Nur wäre es zu wünschen gewesen, dass Verf. damit, von der Geschichte abstrahirend, in den ferneren Capiteln mehr kritisch als historisch verfahren wäre. Die Auseinandersetzungen über die Anatomie und Physiologie lassen schon den Mangel einer strengen, sachverständigen Kritik in den Vordergrund treten, nur der Umstand, dass Verf. eine vollständige Monographie schreiben wollte, entschuldigt das Zusammentragen so vieler bekannter Dinge. Bei der Entwickelung der Bandl'schen Anschauungen und ihrem sicher eminent wichtigen Einfluss auf die Lehre der Placenta praevia wäre mehr Schärfe und Klarheit zu wünschen gewesen. Auch in den folgenden Capiteln finden sich keine originellen Ansichten. Die Behandlung wird ebenfalls mehr historisch als kritisch beschrieben. Wir vermissen das Aufstellen bestimmter leitender Principien; werden auch alle Methoden berührt und Einwürfe gemacht, so hätten doch aus den vielen Methoden gewisse, allgemeingültige Regeln entwickelt werden müssen. Doch machen wir dem Verf. daraus keinen Vorwurf, da dem Wesen des Buches nach ein Einfluss auf die Praxis wohl nicht erstrebt werden soll. Sicher haben dergleichen Monographien den Werth vieles Zerstreute zu sammeln und für anderweitigen Gebrauch zusammenzustellen. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

2. **F. v. Preuschen** (Greifswald). Ueber die Ursachen der ersten Athembewegungen.
(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Frauenkrankh. Bd. I. Hft. 2.)

Während wir die schon von Schwartz angenommene Placentarrespiration des Fötus nach den Untersuchungen von Zweifel und Pflüger als wirklich erwiesen ansehen können, so sind die letzten

Gründe für die Ursache der ersten Athembewegung noch nicht mit gleicher Sicherheit festgestellt. Die Ursache derselben suchte Schwartz im Sauerstoffmangel, der durch Behinderung des Blutzuflusses zur Placenta in Folge der Uteruscontractionen entstehen soll. Jedoch konnte Pflüger bei denselben Experimenten wie Schwartz nach einfacher Lostrennung des Eisacks vom Uterus keine Athembewegungen des Fötus eintreten sehen, er sieht deshalb den Reiz der Luft als Hauptursache der Auslösung der Athembewegungen an.

Verf. wiederholte dieselben Experimente an trächtigen Hunden und Kaninchen und fand, dass vorsichtige Loslösung des Eis von der Uterinwand keine Inspirationen auslöst, erst nach Eröffnung des Eisacks traten dieselben und dann jedesmal stürmisch ein; hiernach kann nur das Hinzutreten der Luft die Ursache derselben sein.

Nun ist aber andererseits bekannt, dass unter Umständen dieser Reiz an und für sich nicht genügt, Inspirationen hervorzurufen z. B. bei Querlagen nach Abfluss des Fruchtwassers, wo häufig schon von selbst, jedenfalls aber beim Eingehen mit der Hand Luft in den Uterus einströmen muss. Es scheint dies der Fall zu sein, wenn die Erregbarkeit des Athmungscentrums herabgesetzt ist und bis zu einem gewissen Grad tritt diese Herabsetzung bei jeder Geburt in Folge der Einwirkung der Wehen ein. Nach Ausstossung des Kindes wirken dann der durch Aufhebung des Placentarkreislaufs bedingte Sauerstoffmangel und der durch die atmosphärische Luft gesetzte Reiz zusammen um die regelmässige Athmung einzuleiten.

Pflüger hatte nun angenommen der Angriffspunct des letztern Reizes seien die Luftwege selbst. Verf. modificirte daher die Versuche in der Art, dass er über dem isolirten Eisack an der Stelle, wo die Schnauze lag, den Eisack spaltete, so dass die Schnauze die Oeffnung verschloss und kein Fruchtwasser abfliessen konnte. Der übrige Körper blieb vom Fruchtwasser umgeben. Während 1 Minute erfolgte keine Inspirationsbewegung, erst allmälig einige träge Versuche dazu, während doch der Placentarverkehr unterbrochen war und die Luft Zutritt zu den Luftwegen hatte.

Verf. ging nun weiter dazu den Vagus bei Embryonen vor dem 1. Athemzug beiderseitig zu durchschneiden. War die Pflüger'sche Ansicht richtig, so musste nach Freigebung des Luftzutritt der Fötus absterben ohne Inspirationen zu machen. Vorversuche ergaben, dass bei neugeborenen Hunden in Folge dieser Operation die Frequenz der Athmung bedeutend vermindert wird, ohne dass das Leben unmittelbar bedroht wird. Es gelangen nun wirklich 4 Versuche der Art, trotz doppelseitiger vorheriger Vagusdurchschneidung kam die Respiration in Gang, allerdings sehr verlangsamt. Verf. kommt daher zum Schluss, dass die Abkühlung der äusseren Haut es sei, welche in Verbindung mit dem Sauerstoffmangel die erste Inspiration hervorrufe.

Fehling (Stuttgart).

3. **F. Pichot** (Paris). Klinische Studie über den Krebs des Uteruskörpers.

(Thèse, Paris 1877.)

Verf. unterscheidet 2 Formen, den weichen Krebs, oder Markschwamm, der sich interstitiell entwickelt und das von der Schleimhaut ausgehende Epitheliom. Er findet sich mehr bei Frauen von 45—60 Jahren, also später als der Krebs der Portio, unterscheidet sich von diesem in seinem Verlauf durch längere Dauer, Abwesenheit von Schmerzen. Blutungen und fötider Ausfluss sind die ersten Symptome, bei der Untersuchung findet man den Hals leicht geöffnet; die Diagnose kann mittelst der verschiedenen Hülfsmittel in der gynäkologischen Untersuchung gestellt werden. Es folgen einige casuistische Belege. **Fehling** (Stuttgart).

---

4. **F. Benicke** (Berlin). Beitrag zur Behandlung des Gebärmutterkrebses bei Schwangeren.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Frauenkrankh. Bd. I. Hft. 2.)

Die Complication der Geburt mit Gebärmutterkrebs ist bekanntermassen eine sehr verderbliche; nach Cohnstein starben von 126 damit behafteten Frauen 57,1% in der Geburt und im Wochenbett, von den Kindern wurden nur 36,2% lebend geboren. Es ist hiernach einleuchtend wie werthvoll es wäre, Mittel und Wege zu besitzen, die Prognose für beide zu bessern. Dies scheint nun am besten zu geschehen durch frühzeitige Operation in der Schwangerschaft, wie Fälle von Todd, Godson und Schröder beweisen, wo im 2., 7. resp. 5. Monat operirt und hernach ein lebendes reifes Kind geboren wurde. Zu diesen 3 bringt Verf. 5 weitere Fälle, theils aus der Privat- theils aus der klinischen Praxis. In drei Fällen wurde im 5., 6. resp. 7. Monat operirt, in allen drei folgte Abort, der eine dieser Fälle war noch complicirt mit Eröffnung des Douglas'schen Raumes bei der Operation, hohem Fieber, es folgte aber doch Genesung.

In den 2 andern Fällen wurde einmal im 5. Monat das andere Mal 5 Tage vor der rechtzeitigen Entbindung operirt, beide Kinder kamen lebend. Zusammengenommen mit den 3 oben erwähnten Fällen ergiebt das Verfahren also 5 lebende reife Kinder unter 8 Fällen, ein jedenfalls sehr günstiges Resultat.

Für die Operation während der Schwangerschaft passen nur die Fälle, bei denen das Carcinom noch auf Portio und Cervix beschränkt ist. Ist dies nicht mehr der Fall, dann empfiehlt es sich den Eintritt der Geburt abzuwarten und hierbei therapeutisch möglichst im Interesse des Kindes zu wirken.

Allerdings ist zu erinnern, dass auch bei den scheinbar verzweifelsten Fällen die Geburt noch ganz glatt verlaufen kann, wofür Verf. einen prägnanten Fall anführt. Jedoch wird dieser günstige Ausgang selten sein, und ein schlimmer Erfolg für Mutter oder Kind, oder

beide häufiger sein. Nach der Operation in der Schwangerschaft verlief die Geburt meist sehr rasch, der Blutverlust war einige Male auffallend gering. Dass Abortus eintritt kann durch den Allgemeinzustand der Frau, eine Erkrankung des Eis bedingt sein, Operationen an den Geschlechtstheilen in der Schwangerschaft führen ja an und für sich schon gern zu Abort.

Eine frühzeitige Operation kann aber auch dadurch gerechtfertigt sein, dass dadurch dem raschen Wachsthum der Geschwulst, den unregelmässigen Blutungen Einhalt gethan wird. Zu nah am rechtzeitigen Ende zu operiren empfiehlt sich wegen der da vorhandenen Auflockerung nicht, auch wird das Glüheisen nicht recht mehr ertragen.

Die Operation besteht in Abtragung der erkrankten Theile mit Scheere, scharfem Löffel und nachherigem Ausbrennen mit dem Glüheisen. **Fehling** (Stuttgart).

---

5. **Th. v. Bischoff** (München). Ueber die Unfruchtbarkeit der Octoroon.

(Correspondenzbl. f. Anthropologie etc. 1877. No. 6. u. 7.)

Bei dem jetzigen Stand der Wissenschaft glaubt man annehmen zu dürfen, dass alle Menschenarten und Rassen unter einander fruchtbar seien. Eine bemerkenswerthe Ausnahme von dieser Regel, die B. in seinem Colleg vorgetragen, erhielt er von zwei seiner Schüler aus Amerika mitgetheilt:

Die Frucht einer Negerin und eines Weissen heisst bekanntlich Mulatte. Der Nachkomme einer Mulattin von einem Weissen heisst Quadroon, hat $^1/_4$ schwarzes Blut. Der Nachkomme eines weiblichen Quadroon von einem weissen Vater wird Octoroon genannt, derselbe hat nur noch $^1/_8$ schwarzes Blut, die männlichen und weiblichen Octoroon sollen nun unfruchtbar sein. Thatsache ist, dass sie von zarter Constitution sind, zur Tuberkulose neigen, meist jung sterben, Epidemien leicht zum Opfer fallen. Doch sollen gerade die weiblichen Individuen schön und gut entwickelt sein, und gerade wegen ihrer angeblichen Unfruchtbarkeit als Maitressen und Prostituirte gesucht sein.

Wäre diese Thatsache richtig, so könnte man mit Darwin sie als eine Folge zu starker Inzucht erklären. Doch wäre mit diesem Wort auch weiter noch nichts erklärt. Es liegt eigentlich auch kein Grund vor, warum zu grosse Uebereinstimmung der Paare schädlich für die Fortpflanzung sein soll, dies könnte nur der Fall sein, wenn gewisse abnorme Eigenschaften bei beiden Zeugenden dieselben sind und sich also cumuliren, besonders wenn also z. B. Abnormitäten der Zeugungsorgane sich bei den Octoroon fortpflanzten.

Ist die Thatsache richtig, dass die weiblichen Octoroon meist Prostituirte sind, so geben die bei dieser Klasse häufigen Sectionsbefunde von Verwachsungen der Beckenorgane allenfalls dafür eine Erklärung, auch Anwendung von Abortivmitteln könnte Schuld sein.

Für die männlichen Individuen müsste aber dann noch eine Erklärung gefunden werden.

Von anderer Seite wird die Unfruchtbarkeit geleugnet, aber doch eine geringe Fortpflanzungsfähigkeit zugegeben. Jedenfalls bedarf diese Behauptung, die Verf. eher für wahr zu halten geneigt ist, noch weiterer Aufklärung. **Fehling** (Stuttgart).

---

6. **v. Hecker** (München). Bericht über die Ereignisse in der Kreis- und Local-Gebäranstalt. München 1876.

(Bair. ärztl. Intelligenz-Blatt 1877. Juli. No. 28 u. 29.)

Aus dem ausführlichen Bericht heben wir nur einiges hervor. Im Jahr 1876 fanden 1050 Geburten statt, von denen jedoch nicht alle klinisch verwerthet werden konnten. Die übrigen auf der zahlenden Abtheilung konnten wenigstens für den Hebammenunterricht benutzt werden. Das Verhältniss der Iparae zu den Multiparae war 100 : 115.

Von den Lagen ist zu bemerken, dass 2 Mal Stirnlagen vorkamen, wobei 1 Mal der Schädel sich brachykephal zeigte, unter den 8 Gesichtslagen war 1 Mal eine deutlich dolichokephalische Form, 1 Mal Struma congenita vorhanden, in einem Fall war die Gesichtslage schon 14 Tage vorher constatirt. In den Fällen von Beckenendlagen wurde mehrfach die Schlinge angewendet mit meist unbedeutenden Verletzungen. Unter 10 Zwillingsgeburten war 6 Mal gleiches Geschlecht, und dabei 2 Mal gemeinsames Chorion. Bemerkenswerth war in einem Fall die Fruchtwassermenge mit 11 Litern, während die Kinder nur 1,2 resp. 0,8 Kilo wogen.

Von engem Becken sind 12 Beobachtungen da, die kürzeste Conjugata vera betrug 6,5 Ctm.; im letztern Fall wurde Perforation und Extraction mit dem Kranioklast gemacht, ein Verfahren, das H. lobt. Dammrisse mit 8,7% haben etwas zugenommen. Zangenoperationen kamen 26 Mal vor (1 : 40), trotz der Vorsicht die Zange vor dem Durchschneiden abzunehmen und den Kopf nach Ritgen herauszuleiten erfolgten dabei noch 12 Dammrisse. Nachgeburtsoperationen wurden 17 Mal wegen Adhärenz der Placenta gemacht. Die Gesammtmortalität mit 0,95 (1875 : 1,05) ist für eine so grosse Anstalt eine sehr günstige, sämmtliche Todesfälle waren puerperale. Die Mortalität betrug 2,75%, diese Zahl ist nicht recht zu verwerthen, so lang man sich nicht allgemein darüber verständigt.

Fehling (Stuttgart).

---

7. **M. Konrad** (Grosswardein). Beiträge zur Bedeutung des Icterus bei Schwangeren.

(Sonderabdruck aus der Pester med. chir. Presse.)

Der Icterus ist im ganzen bei Schwangeren nicht so selten, aber durchaus auch nicht so gefährlich als manche Schriftsteller glauben. Hyperämien der Leber, Katarrh der Gallenwege, Duodenitis, Malaria

(besonders in Ungarn) können bei den in der Schwangerschaft veränderten Circulationsverhältnissen noch leichter als sonst Icterus herbeiführen. Von den seltenen Formen der acuten gelben Leberatrophie und dem epidemischen typhösen Icterus sieht Verf. dabei ab. Bei den leichteren Formen von Icterus sind die Symptome einfach die der gestörten Verdauungsthätigkeit. Inwieweit schwere Nervenaffectionen im Verlauf von Icterus durch die Anwesenheit der Gallensäuren im Blut bedingt sind, ist noch nicht sichergestellt, da ja Vogel in jedem Urin Gallensäuren nachwies. Möglicherweise wirken sie durch Zerstörung der Blutkörperchen und Rückwirkung dieses Effects auf Gehirn, Herzmuskel u. s. w.

Unter Umständen tritt im Verlauf des Icterus Frühgeburt oder Abort ein, wahrscheinlich bedingt durch mangelhafte Ernährung und Circulationsstörungen. In 4 vom Verf. beobachteten Fällen wurde stets eine lebende Frucht geboren, nicht ganz reif, ohne Zeichen von Icterus. Die Therapie hat sich bei diesen einfachen Fällen von Icterus hauptsächlich auf Beseitigung der Stauung im Unterleib zu erstrecken, warme Bäder, Abführung durch Salze oder Mineralwasser, die letzteren auch als Clysma, sind am Platz. Unterbrechen soll man die Schwangerschaft bei Icterus nur im Fall, dass Lebensgefahr für Mutter oder Kind eintritt. **Fehling** (Stuttgart).

---

8. **Breisky** (Prag). Ueber die Beziehungen des Narbenectropiums am Muttermund zum Carcinoma uteri.

(Vortrag im Verein deutscher Aerzte zu Prag.)

(Prager med. Wochenschrift 1877. Juli 11. No. 28.)

Schon früher (cf. Wiener med. Wochenschrift 1877 No. 49—51) brachten zwei Fälle von Ectropium mit Carcinomentwickelung auf den umgerollten Lippen Verf. zur Vermuthung eines Zusammenhangs zwischen beiden Affectionen. Zwei weitere Fälle, die er hier kurz mittheilt, haben Verf. in der Annahme eines Causalnexus zwischen beiden bestärkt:

Bei einer 32jährigen Frau, die 6 Geburten durchgemacht, fand sich die vordere Lippe von der hinteren durch eine tiefe Querspalte getrennt, nach vorn umgerollt. Die Schleimhaut dieser Lippe war zu einem leicht blutenden, breitbasigen papillären Cancroidtumor entartet. Die Vagina und hintere Lippe waren noch ganz frei. Der Tumor wurde mit dem Messer entfernt.

Ein zweiter Fall bei einer 40jährigen Frau betraf die hintere Lippe; auch hier war ein hoch hinaufgehender Riss vorhanden, der bis ins Vaginalgewölbe reichte. Die Lippe, stark evertirt, zeigte eine polypenartige Geschwulst, die schon auf die hintere Vaginalwand überging. Die vordere Lippe war noch gesund. Auch hier wurde der erkrankte Theil nach Hegar's Empfehlung durch das Messer entfernt und die Wundfläche durch Silberdraht vereinigt.

Derartige Fälle fordern nach Verf. lebhaft dazu auf, möglichst häufig die Emmet'sche Operation des Narbenectropiums zu machen.

Fehling (Stuttgart).

---

9. **Haake** (Leipzig). Ueber den Gebrauch der Kopfzange zur Extraction des Steisses.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XI. Hft. 3. p. 558.)

Abweichend von Hüter, der in der neueren Zeit allein — in seinem Compendium für geburtshülfliche Operationslehre — die Application der gewöhnlichen Kopfzange an dem vorliegenden und zwar noch hochstehenden Steiss zum Herabziehen desselben empfiehlt, bei welcher Operation er als allein sichere, vor schweren Verletzungen schützende Lage des Instrumentes diejenige bezeichnet, bei welcher die beiden Löffel über die Trochanteren hinwegliegen, stellt H. den Satz auf, dass bei Erstgebärenden, wo der bereits lange auf dem Beckenboden stehende Steiss trotz kräftiger Wehen nicht zum Durchschneiden komme und ein Erfassen der nach hinten gerichteten Hüfte nicht gelinge, die Anwendung des Forceps ein leichtes, für Mutter und Kind gefahrloses und deshalb den übrigen Methoden weit vorzuziehendes Verfahren sei.

Seit 1865 hat er 5 Mal die Operation leicht, schnell und ohne den mindesten Nachtheil für die Früchte ausgeführt zum Erstaunen der anwesenden Aerzte.

In Betreff der Lage der Zange bestimmt er, dass das eine Blatt über die hintere Fläche des Oberschenkels liege, während das andere das Kreuzbein derartig umfassen soll, dass sein oberer Rand die Cristae ilei nur wenig überragt.

Bei dieser Lage berühren sich die Zangengriffe vollständig, die Spitzen umgreifen die nach hinten gelegene Hüfte so, dass sie keine Fruchttheile zwischen sich fassen, die Zange umgiebt das untere Rumpfende gleichsam wie eine metallene Schlinge.

Schwarz (Halle a/S.).

---

10. **R. Davy.** Klinischer Vortrag über Rectaluntersuchung.

(Brit. med. Journal 1877. Juli 21.)

Nach den nöthigen anatomischen Vorbemerkungen erklärt Verf. die Bedeutung der verschiedenen Sphincteren dahin, dass der Sphincter externus oder analis gegen Eindringen von aussen schützt, der internus oder rectalis dient zur endgiltigen Austreibung der Fäces. Der gesunde Anus lässt sich leicht auf $1^1/_4''$ erweitern, das Rectum selbst kann bis zu 4″ ausgedehnt werden. Zur Inspection bedient sich Verf. eines zweckmässigen aus Draht gebogenen halbrinnenförmigen Speculums, das im Original abgebildet ist.

Die Bemerkungen über Behandlung der Fissura recti enthalten nichts wesentlich Neues. Bei Hämorrhoiden empfiehlt es sich am meisten Schleimhautpartien mit dem ferrum candens abzutragen, besonders empfehlenswerth ist hier das von Paquélin.

Daran angeschlossen ist ein Fall von Rectaluntersuchung mit der ganzen Hand zum Zweck der Differentialdiagnose zwischen Tuberculosis und Steinen im Nierenbecken. Der Sphincter ani zerriss dabei, Blutabgang war nur mässig; es hielt jedoch die incontinentia alvi 3 Wochen lang an.

Verf. meint schliesslich Eingehen mit 4 Fingern genüge zur Diagnose bei Steinbildung, Uterin- und Darmerkrankungen. Die Einführung der ganzen Hand sei ein schwerer Eingriff, dessen Nutzen häufig die dadurch verursachte Gefahr nicht aufwiege.

Fehling (Stuttgart).

---

11. **E. Jacoby.** Ueber das Hysterom.

(Abhandl. für den med. Doctorgrad. Kjöbenhavn, **Jacob Lund,** 1877. 213 S.)

Die Grundlage dieser Abhandlung bilden 50 Fälle von Fibroiden, an der Klinik des Prof. Howitz beobachtet. Auf dieser Basis behandelt Verf. die Frage monographisch, und hat dadurch eine Arbeit geliefert, welche auch speciell Sachkundige mit Vortheil benutzen können. Er schlägt den Broca'schen Namen »Hysterom« vor, was wohl nicht ganz berechtigt ist. Die 50 Fälle kamen unter 800 gynäkologischen Patienten vor, was wohl eigentlich nicht den Schluss von Michels bestätigt, dass Däninnen relativ sehr häufig von diesem Uebel betroffen werden (Centralbl. f. Gynäkologie No. 10). Die überwiegende Zahl der Kranken war zwischen 40—50 Jahren. Bezüglich der Frage von Sterilität steht Verf. auf dem Standpunct, dass die Fibromyome nicht durch Sterilität bedingt sind, dass aber Schwangerschaft und Geburt in weit höherem Grade dazu disponiren. Aus einer reichen und wohl bearbeiteten Literatur ist alles wesentliche gesammelt. Von subcutanen Ergotininjectionen konnte günstiger Erfolg nicht beobachtet werden, dagegen spricht sich Verf. vortheilhaft über die locale Application von Jod-Jodkalium in Solution oder Salbe aus; was Einzelheiten betrifft, so muss Ref. der Grösse der Arbeit wegen auf das Original hinweisen.

Ingerslev (Kopenhagen).

---

12. **C. Langenbuch** (Berlin). Die Drainage des puerperalen Uterus.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie Bd. I. Hft. 3.)

Verf. führt aus, dass man den puerperalen Uterus als eine infectionsfähige Wundhöhle ansehen müsse, für welche nach den Regeln der Chirurgie ein leichter und beständiger Abfluss des Secrets geschaffen werden müsse. Ein Fall wo Vernachlässigung dieses Grundsatzes den Tod der Wöchnerin herbeiführte, während in einigen anderen die Ausführung desselben rasch die schlimmen Symptome schwinden machte, illustriren die theoretischen Auseinandersetzungen. In einem weiteren Fall hat schon im Jahr 1872 Verf. die Drainage des Uterus ausgeführt, in einem 2. blieb der Drain 19 Tage liegen; dieser letztere Fall ist besonders dadurch interessant, dass derselbe ge-

nas, obgleich aus Versehen keine regelmässigen Irrigationen durch den Drain in die Uterinhöhle gemacht worden waren, und derselbe sich bei der Herausnahme verstopft zeigte. Eine längere Auseinandersetzung über die Resorption septischer Stoffe von Höhlenwunden und von flachen Wunden aus, und die Reizanwendung auf den Uterus enthält nichts Neues. Verf. geht aber entschieden zu weit, wenn er glaubt, dass man den »Feind« stets im Uterus aufzusuchen habe, denn dass Vulva und Cervix häufig Resorptionsstellen abgeben wird kein Geburtshelfer bestreiten. **Fehling** (Stuttgart).

---

13. **Hofmokl.** Ueber traumatische Luxationen bei Neugeborenen.

(Med. Jahrbücher. Wien 1877. Hft. 3.)

Verf. sah sich durch den Umstand, dass bei Neugeborenen häufig Knochenbrüche aber selten Luxationen beobachtet werden, veranlasst Untersuchungen anzustellen.

Verf. fand bei dem Unterkiefer: Die Luxation desselben nach vorn sei unmöglich, weil ein Tuberc. art. am kindlichen Schädel nicht existirt oder nur schwach ausgebildet ist. Ein weiteres hemmendes Moment bilde auch die bedeutende Grösse des Condyl. artic. wodurch eine Verschiebung desselben unter den hinteren Antheil der Jochbrücke ohne theilweise Zerreissung des Masseters unmöglich würde.

Es folgt eine kurze Darstellung der Entwickelung des Schulter-, Ellenbogen- und Hüftgelenkes und des Verhältnisses der Kapselinsertion zum Knorpel und Knochen. Bei einem 6—8monatlichen Fötus sieht man die Kapsel noch in ihrem ganzen Umfange an die knorpelige Epiphyse des Oberarms und Oberschenkels inseriren und so ist es auch am Ellenbogengelenke. Da nun bei der Geburt des Kindes die Kapsel noch grösstentheils am Knorpel haftet, so erfolgt bei starker Spannung der Kapsel und der am Knorpel haftenden Gelenkbänder eher eine Trennung der knorpeligen Epiphysen von den knöchernen Diaphysen, als eine Luxation. 6—8 Wochen nach der Geburt kann schon ein Einreissen der Kapsel und Luxation entstehen. Beim Versuche der Luxation des Vorderarms nach rückwärts findet stets eine Lostrennung der unteren Gelenkepiphyse des Oberarms oder der oberen der Ulna statt.

Auch am Hüftgelenke haftet die Kapsel des 7—8 monatlichen Fötus in ihrem ganzen Umfange noch an der knorpeligen Epiphyse des Oberschenkels. Bei der Geburt des Kindes hat an der unteren Halbperipherie die Kapselanheftung die Verknöcherungslinie um 2—3 Mm. überschritten, während an der oberen Halbperipherie die Kapsel noch am Knorpel haftet.

Traumatische Luxationen der obgenannten 4 Gelenke können während oder unmittelbar nach der Geburt des Kindes nicht erzeugt

werden. Schon mehrere Wochen nach der Geburt ist das Zustandekommen einer Schultergelenksluxation möglich; weiter ergiebt sich die Möglichkeit der Luxation für das Hüftgelenk, Ellbogengelenk, am spätesten für das Kiefergelenk. **Bandl** (Wien).

Casuistik.

14. **J. Veit** (Berlin). Ueber einen Fall von Carcinom des Uteruskörpers.
(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Frauenkrankh. Bd. I. Hft. 2.)

Eine 57jährige Frau litt seit 2 Jahren an Blutungen, wozu sich in der letzten Zeit übelriechender Ausfluss gesellt hatte. Verf. fand bei durchgängigem Cervix im äusseren Muttermund die Spitze eines Polypen, dessen Stiel am Fundus sass. Die Oberfläche war bröcklig weich, der grösste Theil desselben stiess sich in der Nacht nach der Untersuchung von selbst ab, so dass nur noch die 2—3 Ctm. dicke Basis übrig war, welche mit dem scharfen Löffel entfernt wurde.

Nach der Beschreibung und der beigefügten Zeichnung bestand die Geschwulst aus hypertrophischen Drüsen mit Einlagerung von cancroiden Zapfen und Uebergang beider in einander. Diese Neubildung ist also identisch mit dem von Schröder (dieselbe Zeitschr. Bd. I. Hft. 1) beschriebenen Adenom. Breisky fand bei einem Fall zuerst Bilder eines Adenoms, später die des Carcinoms.

Verf. betont, dass sich das Carcinom in seinem Fall aus hypertrophischen Elementen eines Adenoms herausgebildet habe und hebt die Möglichkeit dieser Entstehungsweise als nicht unwichtig hervor. **Fehling** (Stuttgart).

15. **E. Bauer.** Carcinoma vaginae epitheliale.
(Zeitschr. f. Wundärzte und Geburtshelfer. Bd. XXVIII. Hft. 2.)

Eine Frau von 67 Jahren, welche 5 Mal geboren hat und seit dem 52. Jahre nicht mehr menstruirt ist, litt seit mehreren Monaten an häufig wiederkehrenden Blutungen aus den Genitalien. Die Untersuchung ergab eine starke Stenose der Scheide durch carcinomatöse Wucherungen, welche vom Introitus vaginae und dem Harnröhrenwulst sich bis zur Mitte der Vagina erstreckten, wo sie am bedeutendsten waren. Scheidengewölbe und Cervix uteri waren normal. Der Tod erfolgte 4 Monate nach der ersten Untersuchung unter urämischen Erscheinungen, nachdem durch fortschreitende Wucherungen in die Urethra eine längere Harnverhaltung und Cystitis eingetreten war. **Engelhorn** (Stuttgart).

16. **Breisky.** Entfernung eines Fibromyoms des Uterus.
(Prager med. Wochenschrift 1877. No. 21.)

Eine 40jährige ledige Person litt seit 2 Jahren an profusen unregelmässigen Metrorrhagien, seit kürzerer Zeit waren kolikartige Beckenschmerzen, Anschwellung der Genitalien dazugetreten, und bei der Aufnahme liess sich ausserdem eine rechtsseitige Pleuropneumonie nachweisen. Die äussere Untersuchung des Unterleibes ergab auf der rechten Seite einen Tumor, in der Vagina war ein grosser in Verjauchung begriffener Geschwulsttheil zu fühlen, der mit daumendickem Stiel über dem Os internum inserirte. B. trug den Stiel mit der Glühschlinge ab, verkleinerte hierauf den Tumor durch theilweise Incisionen und Spiralschnitt, bis er sich entfernen liess.

Die Anwendung der Geburtszange in einem solchen Fall hält Verf. für contraindicirt wegen der Enge der Genitalien, leicht könnten Verletzungen und Infection durch die ausfliessende Jauche entstehen. Die Verkleinerung erst nach der Trennung des Stiels vorzunehmen empfehle sich, weil man dann nicht immer wieder von neuem die blutenden Gefässe durchschneide.

Die 2. Geschwulst will Verf. erst nach Ueberstehung der Pneumonie in Angriff nehmen. **Fehling** (Stuttgart).

17. **Schauta.** Ein Fall von Pseudo-Hermaphroditismus.

(Gesellsch. der Aerzte in Wien 1877. Mai 25.)

Ein 39jähriges Individuum zeigt einen vollkommen entwickelten männlichen Habitus. Das äussere Genitale besteht aus einem $4^1/_2$ Ctm. langen mit Glans und Praeputium versehenen Penis, an dessen unterer Fläche eine Rinne zu einer an der Wurzel des Genitalsackes befindlichen leistenartigen Oeffnung führt, die sich nach einem Verlaufe von $3^1/_2$ Ctm. Länge in 2 Canäle theilt, deren vorderer in die Blase und deren nach hinten gelegener, 11 Ctm. tief, zwischen Rectum und Blase nach aufwärts verläuft. Am oberen Ende des letzteren Canales (Vagina) findet sich ein zapfenförmiger Körper, der dem Cervix uteri ähnlich ist. Zu beiden Seiten des Penis finden sich die Genitalfalten in Form von grossen Labien.

Das Individuum ist als Weib getauft und soll auch seit dem 18. Lebensjahr menstruiren.

Der Vorsitzende Hofr. Prof. v. Rokitansky hält das vorgeführte Individuum für einen Mann, da schon der Habitus dafür spreche. Er vermuthet, dass bei demselben auf der einen Seite ein Eierstock, auf der andern ein kümmerlich entwickelter Hode sich vorfinden werde.

Prof. Weinlechner und Dr. Glück theilen ähnliche Fälle mit, wo seiner Zeit die Aerzte wegen der Geschlechtsbestimmung uneinig waren.

Bandl (Wien).

18. **Generali u. Sertoli.** Ueber Pseudo-Hermaphroditismus bei einer Ziege.

(Archivio di medicina Veterinaria. Milano 1876.)

Das Thier wurde bis zur Schlachtung für ein Weibchen gehalten und erst die Eröffnung des Leibes ergab Anomalien im Geschlechtsapparate. Ausser einer Art von Penis, der aus der Vulva hervortrat, waren zwei Hoden vorhanden, die mit Nebenhoden und einem Theile des Plexus pampiniformis versehen ungefähr an der Stelle der Eierstöcke lagerten. Zwei Samengänge führten zu zwei unter dem hinteren Ende der Scheide gelagerten kleinen, consistenten Samenbläschen. Der weibliche Geschlechtsapparat bestand aus zwei rudimentären Fallopi'schen Röhren, die über dem Schweife des betreffenden Nebenhodens endigten, einem wesentlich von den Hörnern gebildeten Uterus, der ohne Spur eines Halstheiles mit der Scheide verbunden war, und aus den beiden breiten und runden (letztere rudimentär) Mutterbändern. Die Harnblase war normal, der Wilson'sche Muskel kräftig entwickelt, die Prostata fehlte. Die Hoden bestanden aus sehr dünnen, mit Cylinderepithel ausgekleideten Samencanälchen. Die Epithelzellen hatten deutliche ovale Kerne und waren im sehr engen Lumen der Canälchen keine Spuren von Samenfäden, sondern sehr spärlich rundliche kernhaltige zellige Elemente zu finden.

Boeckl (Stuttgart).

19. **Freund** (Breslau). Beiträge zur Pathologie des doppelten Genitalcanals.

(Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkologie Bd. I. Hft. 2.)

1. Fall. Uterus septus. Atresie des Cervix, sarcomatöse Degeneration der Schleimhaut des Fundus und Hydrometra der linken Uterushälfte. Sarcommetastase im Netz, Abschnürung des Endtheils des Ileum durch das strangförmig zusammengewundene, mit dem Fundus der linken Uterushälfte verwachsene Netz.

Eine 60jährige sterile Frau hat einen unebenen, wenig beweglichen und undeutlich fluctuirenden, bis zur Nabelhöhe ragenden Tumor, neben dem sich durch die Sonde ein 10 Ctm. langer, enger Canal durch den Muttermund nachweisen lässt. Die Punction der Geschwulst entleert 2 Liter einer graugelben Flüssigkeit mit sarcomatösen Gewebsfetzen. Danach tritt schnell Ileus auf mit tödtlichem Ausgang.

Bei der Section findet sich neben einem engen Uterincanal eine zweite Uterushöhle doppelt mannsfaustgross, mit 200 Gr. blutiger schleimiger Flüssigkeit und sarcomatöser Geschwürsfläche am Fundus. Aus dieser Höhle mündet ein feiner Canal nach dem Orif. externum hin.

2. Uterus unicornis. Vagina duplex mit defecter Bildung und Atresie auf der rechten Seite. Hämatokolpos (Blutcyste der Vagina).

Bei einer 38jährigen Frau ist die linke Seitenpartie der Vagina durch eine birnförmige, etwa citronengrosse fluctuirende Geschwulst vorgestülpt, die punctirt braunschwarze, theerartige Masse entleert. Die weitere Untersuchung der so geöffneten Höhle und ihrer Wandung lassen die Blutcyste als die oben angegebene Missbildung erkennen und glaubt Verf., dass manche der bisher beschriebenen Scheidencysten als Doppelbildungen der Vagina aufzufassen seien.

3. Uterus und Vagina duplex. Hämatometra und Hämatokolpos der linken Seite. Spontaner Durchbruch.

Bei einem 21jährigen Mädchen, welches nach zuerst regelmässiger Menstruation an Retentio mensium und einer schweren Peritonitis litt, fand sich ein doppeltes Genitalrohr mit Uterus duplex. Seine rechte Hälfte mündet in eine normale, offene Scheide. 1 Ctm. unterhalb des Orif ext. mündet in dem Septum der beiden Scheiden eine Oeffnung in die verchlossene Scheide und von da in das linke Uterushorn. Verf. durchstach das untere Ende der blinden Scheidentasche und brachte durch ein um das Septum geschlungenes und zugeschnürtes Drainrohr die Scheidewand zum Verschwinden.

4. Uterus bicornis. Hämatometra sinistra. Vagina simplex.

Eine 45jährige Frau litt im 18. Jahre an starken Molimina ohne Entleerung von Menstrualblut. Im 21. Jahre bildete sich eine Geschwulst, welche nach Entzündung und Verlöthung mit der Bauchwand geöffnet wurde und chocoladenfarbne Flüssigkeit entleerte. Später wurde der Tumor nach Vernarbung der ersten Oeffnung von der Scheide aus entleert. Danach fanden regelmässige Menses statt. In der Menopause erkrankte später die Kranke wieder an bedeutenden Beckenschmerzen. Es bestand nach links vom Uterus eine grosse Geschwulst, in welche eine feine, 2 Ctm. vom Orif. ext. befindliche Oeffnung hereinführt, nach deren Erweiterung sich ca. 1 Liter einer dunklen braunrothen Flüssigkeit entleert.

Betreffs vieler diagnostischer und symptomatischer Gesichtspuncte sei auf das Original verwiesen. **Leopold** (Leipzig).

20. **Thiede.** Ueber ein Fibroma papillare cartilaginescens der Portio vaginalis.

(Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkologie Bd. I. Hft. 2).

Eine 40jährige Frau litt an schweren Blutungen aus einem Tumor, der die Scheide fast ganz ausfüllte und mit derbem Stiel von der Portio ausging. Nach der Entfernung der sehr blutreichen, polypösen, von der Cervicalschleimhaut ausgegangenen Geschwulst trat später ein gleich grosses Recidiv ein, dem die Kranke erlag.

Die äussere Contour der Geschwulst ist stark gelappt. Die grössern Lappen gehen dünn gestielt von der Axe ab und tragen viele warzige Excrescenzen. Im Stamm wie in den seitlichen Knospen sind hyaline durchscheinende Kerne, umgeben von zahlreichen starken Gefässen und Hämorrhagien.

Mikroskopisch bestehen die papillären Wucherungen aus feinfasrigem, sehr gefässreichen Bindegewebe. Die Knorpelzellen liegen in Reihen entweder parallel den grössern Gefässstämmen, deren Adventitia sich anlehnend, oder in Zügen zwischen Lagen von Bindegewebsfasern.

Der Tumor ist charakteristisch durch Zusammensetzung und Ausgangspunct. Seine Malignität fordert eine möglichst frühe radicale Exstirpation.

Leopold (Leipzig).

21. **Martel.** Zerreissung des vordern Scheidengewölbes und des untern Gebärmutterabschnittes.

(Arch. de Tocologie 1877. Juli.)

Bei einer Vpara von 32 Jahren hatte die Hebamme nach langer Geburtsdauer eine Querlage erkannt und mehrere Wendungsversuche gemacht, bei welchen sie zuletzt beide Hände statt der Füsse herabgeholt hatte. Verf. fand die Kreissende in äusserst erschöpftem Zustande; unmittelbar unter den Bauchdecken fühlte er den Kopf des Kindes, bei interner Untersuchung waren die Arme für den Finger

erreichbar. Nachdem Verf. beide Arme angeschlungen, machte er die Wendung auf die Füsse und entwickelte ein 3800 Gramm schweres Kind. Am 4. Tage nach der Entbindung starb die Frau an Peritonitis. Die Autopsie ergab eine deutliche Ruptur der vordern Uterinwand, welche in das vordere Scheidengewölbe sich fortsetzte.

Engelhorn (Stuttgart).

22. **M. Homole.** Tuberkulose der weiblichen Genitalien.

(Progrès med. 1877. No. 30.)

Verf. beobachtete bei einer an Tuberkulose der Lungen und des Peritoneums verstorbenen Frau von 54 Jahren folgende Verhältnisse im kleinen Becken: Der Bauchfellüberzug der Beckenorgane ist im Zustande heftiger Entzündung und mit zahlreichen Tuberkeln durchsetzt. Der Douglas'sche Raum ist durch die abnorm gekrümmten und fixirten Tuben ausgefüllt. Der etwas vergrösserte Uterus ist voll von käsigen Massen und die ganze Innenfläche desselben besitzt ebenso wie die der Tuben zahlreiche unregelmässige Ulcerationen. Die Ovarien sind etwa kastaniengross und bilden zahlreiche kleine Cysten mit dicken Wänden. Die Schleimhaut der Portio vaginalis und der Scheide ist ebenfalls stark ulcerirt und zeigt zahlreiche, linsenförmige, grau-weisse Knötchen neben grösseren als Ovula Nabothii anzusprechenden Bläschen. Den ganzen Krankheitsprocess in den Genitalien bezeichnet Verf. als specifisch tuberkulös und vergleicht namentlich die genannten Ulcerationen mit den tuberkulösen Geschwüren des Larynx.

Engelhorn (Stuttgart).

23. **E. Buckell.** Kaiserschnitt an einer Verstorbenen.

(Brit. med. Journ. 1877. August 4.)

Eine 27jährige Ipara stirbt ohne vorherige Erkrankung nach kurzer Agonie. Gleich darauf ist der kindliche Herzschlag noch deutlich. 20—30 Minuten p. m. wird der Kaiserschnitt mit einem Taschenmesser ausgeführt, das Kind asphyktisch herausgebracht, aber bald belebt.

Bei der Section findet sich eine vollständige Transposition der Brust- und Baucheingeweide mit Ausnahme der Lungen. An der Aorta fanden sich nur 2 Semilunarklappen und zwar rauh und verdickt. Der rechte Ventrikel excentrisch hypertrophirt. Die eigentliche Todesursache (Embolie?) nicht gefunden.

Fehling (Stuttgart).

24. **W. Richardson.** Salivation in der Schwangerschaft. 4. Gesichtslage.

(Bost. med. and surg. Journ. 1877. Juli 12.)

Eine 35jährige IIpara hatte 2 Jahre zuvor während ihrer ersten Schwangerschaft an excessiver Salivation gelitten; dieselbe war das einzige Schwangerschaftszeichen vom Verdauungssystem aus gewesen und sofort mit der Geburt verschwunden. Auch in der 2. Schwangerschaft trat Salivation ein, noch ehe das Ausbleiben der Menstruation die Frau auf Schwangerschaft aufmerksam gemacht hatte; die Behandlung blieb vergeblich.

Bei der Geburt fand sich eine Gesichtslage; als sich dieselbe zu lang verzögerte, so dass gefährliche Erscheinungen bei der Frau eintraten, machte Verf. mit der Zange an dem mit dem Kinn nach hinten im Becken stehenden Kopf einen Versuch, die Stirn in die Kreuzbeinaushöhlung zu drehen. Dies gelang nicht, dagegen die Drehung, wobei die Stirn vorn an der Symphyse vorbei sich nach rechts überdrehte. Es wurde ein $11^1/_2$ Pfund schwerer asphyktischer Knabe geboren, der am Leben blieb. Ueber Kopfform, Beckenverhältnisse ist nichts angegeben. Die Salivation verschwand 1 Stunde nach der Geburt.

Fehling (Stuttgart).

25. **H. Paschkis.** Haematoma textus cellulosi pelvis (Haematocele extraperitonaealis).

(Allgem. Wiener med. Zeitung 22. Jahrg. No. 33.)

Pat., 16 Jahr alt, in Behandlung wegen Pleuritis, klagt zur Zeit der erwarteten, aber nicht eingetretenen Menses über vage Schmerzen im Abdomen. Bei der

vorgenommenen Untersuchung findet Verf. eine Geschwulst, welche die ganze linke Scheidenwand hervorwölbt, fluctuirt, sich sehr prall anfühlt und äusserst schmerzhaft ist. Im Verlauf der nächsten 2 Tage ging dieselbe auch auf die vordere und hintere Vaginalwand über, erreichte die Grösse eines Kindskopfs und wurde zwischen den Nymphen sichtbar. Nach Ausschluss einer Hernie, Extrauterinschwangerschaft, periuterinen Haematocele wird die richtige Diagnose gestellt und durch Incision $1^1/_2$ Liter dickflüssiges, theerfarbenes Blut entleert. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall bei einfachen lauwarmen Ausspritzungen in 3 Wochen. In Bezug auf die Aetiologie nimmt Verf. an, dass das Blut aus einem zur Zeit der menstruellen Congestion geborstenen Gefäss des Plexus uterinus stamme, dass das Ganze als eine vicariirende Blutung in das Beckenbindegewebe aufzufassen sei.

Schwarz (Halle a/S.).

26. **Wiener.** Ueber Echinococcusgeschwülste des Beckens als Geburtshinderniss.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. IX. Hft. 3.)

Bisher sind in der Literatur 6 Fälle — von Davain Blot, Roux, Puchelt, Birnbaum und Sadler — veröffentlicht, in denen Echinococcusgeschwülste ein Geburtshinderniss abgeben; der 7. von Dr. Wiener in Breslau beobachtete betrifft eine 26jährige, sonst immer gesund gewesene Primipara; dieselbe zeigte ausser einem doppelt-faustgrossen, prall-elastischen verschiebbaren Tumor rechts über der Symphyse zwei Geschwülste von derselben Consistenz, nur etwas kleiner, im Cavum Douglasii, welche den Beckeneingang fast vollständig verlegten und weder von der Scheide, noch vom Mastdarm aus in das grosse Becken hinaufzuschieben waren. Da dieselben die Geburt absolut verhinderten, so wurden sie, der eine von der Scheide, der andere vom Mastdarme aus pungirt; nachdem dadurch eine mässige Menge einer trüben gelblichen Flüssigkeit entleert war, waren die Tumoren verschwunden. Man überliess nun zunächst die Geburt sich selbst; als aber Oedem der Vulva und Blutharnen auftrat, die Herztöne nicht mehr zu hören waren, wurde die Perforation gemacht und das Kind mit dem Kranioklast nach wiederholten Versuchen extrahirt. Die Wöchnerin starb am folgenden Tage an Peritonitis. Bei der Section fand sich ausser einer fast die ganze Länge des Cervix einnehmenden, in die Bauchhöhle penetrirenden Ruptur mit blutiger Infiltration des parametralen Zellgewebes, der Uterus rings von zahlreichen, bis kindskopfgrossen Echinococcus-Tumoren umgeben, ebensolche im Netz, ein abgestorbener in der Leber.

In allen Fällen lagen die Tumoren in dem Bindegewebe zwischen Vagina und Rectum, waren nicht in das grosse Becken reponirbar und so hart, dass man weder Fluctuation noch Hydatidenschwirren fühlen konnte. Die Hauptbeschwerden betrafen die Harn- und Stuhlentleerung, während die Menstruation fast ungestört war; in 3 Fällen waren Cysten in andern Organen vorhanden, in 6 Fällen gab die Grösse der Tumoren ein absolutes Geburtshinderniss ab; in 4 Fällen wurde die Punction, in 2 Fällen der Kaiserschnitt gemacht.

Die Diagnose kann sicher gestellt werden, wenn Hydatidenschwirren gefühlt wird oder durch die Probepunction, sonst nur durch Ausschluss mit mehr oder minder Wahrscheinlichkeit. In Bezug auf die Therapie wird möglichst frühzeitige Punction und zwar als ziemlich gefahrlos die per vaginam empfohlen. Prognostisch wichtig ist eine Beobachtung Park's, wo in Folge der Narbencontraction nach der Punction, der Genitalschlauch derart verengert wurde, dass daraus ein ernstliches Hinderniss für spätere Geburten entstand.

Schwarz (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S., an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Erster Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 10 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 16. **Sonnabend, den 27. October.** **1877.**

Inhalt: I. **Soltmann**, Ueber Nervenerregbarkeit und Muskelzuckung bei Neugeborenen. (Original-Mittheilung.)

1. Verhandlungen der geburtshülflichen Section der British medical association. — 2. **H. Lahs**, Die Theorie der Geburt. — 3. **H. Fehling**, Physiologie des plac. Stoffverkehrs. — 4. **Langhans**, 5. **Orth**, Placenta. — 6. **Meyburg**, Puls der Wöchnerinnen. — 7. **Runge**, Einfluss erhöhter Temperatur auf den Fötus. — 8. **Hoffmann**, Genitalien eines Schimpansen. — 9. **R. Mayr**, Gesichtslagen. — 10. **Dohrn**, künstliche Frühgeburt. — 11. **Gusserow**, Bauchhöhlenschwangerschaft. — 12. **Ruge**, 13. **Veit**, Casuistische Mittheilungen. — 14. **Ahlfeld**, Schnauzengeburten, 15. Amnionfaden, 16. Pelvis inversa. — 17. **Liebmann**, Geburtshinderniss. — 18. **Monod**, Tumor der Steissbeingegend. — 19. **Franck**, Ectopie des Herzens.

I. Ueber Nervenerregbarkeit und Muskelzuckung bei Neugeborenen.

Von

Dr. **Otto Soltmann** in Breslau.

Um im Anschluss an frühere Arbeiten — »über die Functionen des Grosshirns«, »über das Hemmungsnervensystem der Neugeborenen« — zu prüfen, welche Bedeutung die peripheren Nerven der Neugeborenen für die »erhöhte Reflexdisposition« desselben haben, wurden im Frühjahr 1877 die functionellen Eigenthümlichkeiten der peripheren Nerven der Neugeborenen und Erwachsenen zu gleicher Zeit einer vergleichenden Prüfung unterworfen. Gearbeitet wurde mit dem electrischen Strom (Oeffnungsinductionsschläge) bei gleicher Stromstärke und Stromdichte am unversehrten Ischiadicus von Kaninchen, Katzen, Hunden, denen das Rückenmark durchschnitten war. Die Resultate sind in Kürze folgende (vergl. 50. Versamml. deutscher

Naturforscher und Aerzte in München Section XVII. 19. Sept. u. Section XX. 21. September).

1. Die Erregbarkeit der peripheren Nerven der Neugeborenen ist für den electrischen Reiz geringer als beim Erwachsenen.

2. Dieselbe steigt von der Geburt an stetig mit dem Alter zunehmend bis zu einem Zeitpunct, wo sie die der Erwachsenen erreicht, oder sogar übertrifft. (6. Woche.)

Auch die Art der Reaction von Seiten des Muskels ist beim Neugeborenen eine andere als beim Erwachsenen. Die Contraction bei letzterem ist brüsk und jäh, beim Neugeborenen schleppend und kriechend. Der Zuckungsablauf registrirt ergab folgendes:

3. Das Myogramm der Neugeborenen gleicht vollständig dem des ermüdeten Thieres. Es ist bei geringerer Amplitude durch auffallende Verzögerung des Zuckungsablaufes charakterisirt. Abflachung des Gipfels, längeres Verharren des M. im Maximum seiner Contraction, zunehmende Streckung namentlich der passiven Phase (Wiederausdehnung) ist charakteristisch.

4. 16 — 18 Stromunterbrechungen in 1 Secunde genügen, um schon beim Neugeborenen durch den electrischen Reiz einen vollständigen Tetanus zu erzeugen, während deren 60 — 70 und mehr beim Erwachsenen (Kaninchen) nöthig, um ein gleiches Resultat zu erhalten.

5. Auch in Bezug auf den Tetanus, sein Eintreten, Form und Verlauf verhielt sich der neugeborene wie der ermüdete Muskel.

6. Indirecte wie directe Reizung ergeben das gleiche Resultat.

Ausführliches hierüber, sowie über die Bedeutung der experimentell gewonnenen Resultate für die Pathologie folgen im Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XII.

Breslau im September 1877.

---

1. Verhandlungen der geburtshülflichen Section der British medical association.

(Manchester 1877. August.)

Dr. L. Robert's spricht über Transfusion von Blut. Er wägt die Vortheile der unmittelbaren und mittelbaren Transfusion gegen einander ab, und betont, dass auch defibrinirtes Blut entschieden von Nutzen sei. Verwendung von Thierblut sei wegen der verschiedenen Grösse der Blutkörperchen und des specifischen Geruchs nicht anzurathen.

Ihm schliesst sich Dr. Roussel von Genf an, indem er verlangt, dass nur menschliches Blut verwendet würde. Zum Zweck der möglichst directen Ueberleitung von Vene zu Vene mit Vermeidung der Berührung von Luft, Metall u. s. w. beschreibt er seinen eigenen Apparat. An einem der nächsten Tage bietet sich Dr. Thorburn Gelegenheit in Gemeinschaft mit Dr. R. eine Transfusion mit dem Apparat auszuführen. Derselbe betonte, dass das Blut keine Neigung zur Gerinnung geboten, dass aber für eilige Fälle wie in

der geburtshülflichen Praxis, ein einfacherer Apparat wünschenswerth sei.

Dr. Martin (Berlin) empfahl den Apparat seines Vaters Atthill (Dublin), bezweifelt den Werth der Transfusion für die Geburtshülfe überhaupt; ähnlich Graily Hewitt, der eine präcise Indicationsstellung für sehr schwer hält, und den Apparat von Roussel verwirft, weil er bei der längeren Pause zwischen der jedesmaligen Anwendung unbrauchbar werde. Braxton Hicks ist im ganzen für die Transfusion; da häufig der Hauptblutspender, der Ehemann, nicht genügend Blut geben könne, so soll man eine Salzlösung einspritzen, Addy empfiehlt für solche Fälle Milch mit Salzlösung.

Dr. Duncan (Edinburgh) spricht über die Austastung der Gebärmutter mit desinficirter Hand, längere Zeit nach der Entbindung.

D. entfernte in einem Fall von schwerer Septikämie am 4. Tag des Wochenbetts einen stark in Zerfall übergegangenen Theil des Chorion.

Auch Braxton Hicks war sogar noch 1 Monat nach der Entbindung im Stande seine Hand in den Uterus einzuführen.

Dr. H. Müller berichtet einen Fall von eigenthümlich krähender Inspiration bei einem Neugeborenen, langgezogene Inspirationen mit plötzlichem Nachlass wiesen auf ein Hinderniss in der Glottis hin. Durch nach vorn ziehen des Unterkiefers wurde das Athem ermöglicht. Nach dem mit 19 Stunden erfolgten Tod fand sich Kleinheit der Trachea und des Larynx, Lungen nur zu $^1/_3$ ausgedehnt.

W. Bernard empfiehlt die intrauterine Anwendung von Stypticis bei post partum Blutungen nach Entfernung der Placentarreste und Blutcoagula vermittelst des antiseptischen Hautsprays.

Dr. Braxton Hicks lenkt die Aufmerksamkeit auf die häufig im Gefolge der Retroflexio bestehende Uterinblutung und ihre Behandlung. Er empfiehlt Aufrichtung des Uterus mit dem Finger, dann allenfalls einen Hodge. Bantoch will jedoch die Aufrichtung mit der Sonde vornehmen, das Pessar aber entfernen, wenn der Uterus darnach nicht in der normalen Stellung bleibt. Atthill bemerkt dazu, dass sich diese Behandlungsweise nur für subacute Fälle eigne.

Dr. Graily Hewitt: Abnorme Weichheit des nulliparen Uterus, ein Factor der Aetiologie der Verkrümmungen desselben und der Beeinträchtigung der Beweglichkeit.

Durch 12 seinen Notizen entnommene Fälle sucht er einen Causalzusammenhang in der bezeichneten Richtung herzustellen. Befallen sind meist junge unverheirathete Personen; Schwäche, Unvermögen zum Gehen, Verdauungsstörungen, Menstruationsbeschwerden sind die Zeichen. Die allererste Störung ist eine ungenügende Ernährung der Personen in der Entwickelungsperiode, woraus eine schlechte Ernährung des Uterus folge. Er betont daher in 1. Linie eine aufmerksame Ernährung der Patienten als therapeutisches Prin-

cip, erst in 2. Linie gelte es den Uterus in seiner Lage zu halten, entweder durch horizontale Lage allein, oder durch Pessare.

In der Debatte sprachen sich die Anwesenden ziemlich allgemein gegen die Aufstellung eines solchen Krankheitsbildes als eines einheitlichen aus.

Dr. A. Mc Clintock (Dublin) sprach über Arzneiwirkung auf den Fötus. Der Vortr. erinnert an die Experimente, welche den Uebergang von Arzneimitteln von Mutter auf den Fötus beweisen, ferner an die Uebertragbarkeit gewisser Krankheiten. Simpson soll mit Erfolg bei sogen. Placentarphthisis und dadurch bedingtem habituellem Absterben Kali chloricum gegeben haben. Redner empfiehlt dasselbe Mittel zusammen mit Tinct. ferri sesquichlor.; dadurch will er unter anderem das Absterben in einem Fall verhütet haben, wo dies 9 Mal zuvor eingetreten war.

In der Debatte wird ein Fall angeführt, wo ein Kind, dessen Mutter Strychnin eingenommen, mit tetanischen Krämpfen geboren worden sein soll. Ferner wird behauptet, Eisen, der Mutter in der Schwangerschaft gereicht, habe den Einfluss die Haare beim Fötus dunkel (!!) zu machen.

Dr. J. Thorburn (Manchester) erinnert an die latente Gonorrhöe, welche nach Nöggerath einen so weitgehenden schlimmen Einfluss auf die Frau haben sollte. Unter 81 des Vortragenden Privatpraxis entnommenen Fällen war in 33% Gonorrhöe früher vorgekommen, allein zwischen beiden darnach unterschiedenen Klassen fanden sich, was Aborte, Sterilität, Uterin- und Zellgewebsentzündungen betrifft, nur minimale Unterschiede. Redner erklärt die Nöggerath'sche Ansicht für mythisch, und erblickt in der Gonorrhöe demnach kein Hinderniss für spätere Heirath.

Th. Chambers (London) spricht über Behandlung von Uterinflexionen mit Intrauterinstiften. Die Symptome der Flexionen sind nach ihm Schmerz und Sterilität; der Schmerz ist entweder anhaltend oder nur bei der Periode. Im letzteren Fall spaltet er den ganzen Cervix mit dem Simpson'schen Hysterotom, und legt ein Intrauterinpessar ein, das 2—3 Monate liegen bleibt. In 53 Fällen will er keinen schlimmen Ausgang nach dieser Methode erlebt haben.

In der Debatte zeigten sich wie gewöhnlich die Ansichten sehr getheilt, der wesentlichste Gegner war Bennet.

Dr. G. Bantoch empfiehlt Drainage bei Ovariotomie nur von den Bauchdecken aus zu machen bei starken Adhäsionen, Entzündungserscheinungen der Cyste.

Endlich sprach Dr. Worms (Paris) über Wassersucht bei Uterinfibroiden. **Fehling** (Stuttgart).

---

2. **H. Lahs.** Die Theorie der Geburt.

(Physiologie und allgemeine Pathologie. Bonn, **M. Cohen und Sohn** 1877.)

Im vorliegenden Buche hat Verf. seine zahlreichen an verschiedenen Orten publicirten Arbeiten über Gegenstände der Physiologie

und allgemeinen Pathologie zusammengestellt. Dieser Umstand schon überhebt uns eines genauen Referates, denn den Lesern des Centralblattes werden die Arbeiten des Verf. bekannt sein. Im Allgemeinen halten wir eine theoretische Betrachtung rein praktischer Gegenstände nur in so weit für gerechtfertigt als sie zur Klarlegung der letzteren dienen. Beansprucht aber die Theorie ganz neue, das Verständniss der realen Verhältnisse nur hindernde Eintheilungen etc. so geht sie gewiss zu weit. Das Werk wird sicher jeder Fachmann mit Interesse — nicht lesen — sondern studiren; dabei kommen eine grosse Menge Behauptungen vor, die auch im Zusammenhang paradox erscheinen und zur Widerlegung an der Hand der Praxis auffordern. Oft wünscht man, dass Verf. seine theoretischen Ueberlegungen durch directe Beobachtung controlirt hätte. Namentlich möchten wir gegen die Methode protestiren ganz willkürlich angenommene Zahlen als beweisende Factoren einzuführen. So heisst es: »Setzen wir für die Dicke der Wand ein bestimmtes Verhältniss etwa wie 3 zu 4″, und nun werden die durch so willkürliche Berechnung gewonnenen Resultate als Stütze anderer Annahmen verwerthet. Auch der Ausdruck ist oft so schwer, dass man bei näherer Ueberlegung erstaunt ist, nur Bekanntes etwas »theoretisch« ausgedrückt wiederzufinden. So sagte man sonst: der Schädel wird länger und schmaler. Bei L. heisst es: »diese Formveränderung besteht im Wesentlichen in einer Verringerung derjenigen Durchmesser des Schädels, welche senkrecht zur Axe des Geburtscanals verlaufen, und in einer Verlängerung desjenigen Durchmessers, welcher der Axe des Geburtscanals entspricht.«

Im Folgenden greifen wir Einiges heraus, um die Leser zu veranlassen, die nähere Begründung durch das Studium des Werkes kennen zu lernen. Zunächst wird die Grösse, Form und Lage des Uterus geschildert; die Stauung in den unteren Extremitäten hängt nicht vom Gewichtsdruck des Uterus, sondern von der Steigerung des intraabdominellen Druckes namentlich bei körperlichen Anstrengungen ab. Die Nabelschnur fällt deshalb nicht oft vor, weil sie specifisch leichter als das Kind ist. Die Ursache der Häufigkeit der Schädellage enthält keine neuen Anschauungen. Die lange Fruchtaxe entspricht der langen Uterusaxe! Man muss nur einmal einen hochschwangeren Uterus secirt haben, um sich von der Unmöglichkeit derartiger theoretischer Annahmen zu überzeugen! Als Grund der Constanz der Kopflagen wird auch angeführt, dass die Frucht bei tiefstgelegenem Kopfe wenig zu Bewegungen geneigt ist, weil Hirn und Medulla unter höherem Fruchtwasserdruck stehen. In Bezug auf die Physiologie setzt Verf. seine früheren Ansichten wieder auseinander. Durch die Verbreiterung des Stromgebietes bringt der Placentarkreislauf ein erleichterndes Moment hinzu, somit wird durch den Placentarkreislauf die Herzarbeit des Kindes erleichtert. Bei Steigen des mütterlichen Blutdrucks muss auch durch vermehrten Aussendruck auf die Chorionzotten der fötale Blutdruck steigen. Beim Sinken des mütterlichen Blutdruckes wird das intermediäre Strombett erweitert, die Arbeit des

fötalen Herzens ist eine geringere, dem entsprechend wird eine Verlangsamung und Schwächung des Fötalpulses eintreten. Verf. hält die Uebernahme geformter Bestandtheile des mütterlichen Blutes in das fötale für sehr wahrscheinlich. Das Fruchtwasser bleibt immerhin eine Nahrungsquelle des Fötus. Im nächsten Capitel folgt die Physiologie der Wehen. Die Wehenpause ist keine Reizpause sondern eine Contractionspause, durch die Wehe tritt ein Mangel an Oxygen ein, der die chemischen Processe, welche der Muskelcontraction zu Grunde liegen, unmöglich macht. »Der Geburtseffect steigert sich mit dem Fortschreiten der Geburt, weil die Geburtswiderstände mit diesem Fortschreiten im Allgemeinen abnehmen.« Mit diesem Satze glaubt Verf. das Hauptgesetz der Thätigkeit des Uterusmuskels entwickelt zu haben. Die Decidua soll dadurch verfetten, dass partielle Verkleinerungen der Uteruswand auf verschiedene örtliche äussere Reize in die Erscheinung treten, dadurch kommt es zur Störung der Ernährung und regressiven Metamorphose. Nunmehr kommt Verf. zur Wirkung der Wehen.

Die selbstverständliche Thatsache, dass die dickere obere Muskulatur den Uterusinhalt gegen den locus minoris resistentiae hintreibt und ihn dehnt, wird durch eine lange Berechnung klar gemacht, und dann folgendermassen formulirt: »Sobald bei gleichem Inhaltsdruck unter der Wehe die aus der verschiedenen Dicke der Uterinwand für den schwächeren Wandungstheil resultirende Differenz zwischen Druckleistung und Druckempfang grösser wird als die Cohäsionskraft des schwächeren Wandungsabschnittes, so wird letzterer gedehnt.« Verf. glaubt, dass ein solcher schwächerer Wandungsabschnitt auch die Placentarstelle sei, auch diese soll während der Wehe hervorgewölbt werden. Da die Kugelform die kleinste Oberfläche hat, so wird bei Annahme derselben ein Ueberschuss an Wand entstehen, also eine Verdickung der Uteruswand während der Wehe. Verf. setzt nunmehr seine Ansicht über den Einfluss der Wehe auf den Inhalt des Uterus auseinander. Einseitige Druckäusserungen sind unmöglich. Weder kann Placenta noch Nabelschnur einseitig gedrückt werden. Somit ist auch Druck auf den Steiss — Fruchtaxendruck — nicht denkbar, der Effect der Wehe ist nur: Allgemeiner Inhaltsdruck. Die Hülfsgeburtskräfte sind recht gut beschrieben, namentlich die Art wie Verf. die Auflockerung der weiblichen Genitalien unter der Geburt erklärt, verdient alle Beachtung: durch den vermehrten intraabdominellen Druck und die Anämie der im Abdomen liegenden Theile wird eine stärkere reciproke Blutfüllung der schon vorher aufgelockerten Gewebe zu Stande gebracht. Ganz das Gleiche ist beim unteren Uterinsegment der Fall. Es werden nunmehr die Vorgänge bei der Eröffnung geschildert. Verf. kann sich nicht an die gewöhnliche Eintheilung halten sondern macht 3 Abtheilungen, je nachdem Trennung in Vor- und übriges Fruchtwasser besteht oder nicht, oder bei Fehlen jeden Vorwassers. Die Vermehrung des Vorwassers beruht auf Täuschung. Der Fruchtblase wird gar kein eröffnender

Werth zuerkannt. (Warum collabirt aber dann die Portio, wenn beim engen Becken der Kopf über dem Becken nach dem Blasensprung stehen bleibt? Hier hatte doch die Blase factisch den Muttermund erweitert! Ref.) Die Erhaltung der Blase hat blos deshalb Werth, weil hierdurch eine vollkommene Lösung der Eihaut erzielt wird. Der Mechanismus wird im Wesentlichen so abgehandelt wie in den früheren Publicationen des Verf.'s. Die Schädelhöhle nimmt an Volumen zu unter der Wehe. Als Hauptargument gegen den Wirbelsäulendruck wird wieder die Faltung der Kopfhaut angeführt. Bei Beckenendlage soll der Kopf deshalb seine natürliche Form bewahren, weil der Geburtscanal durch den Rumpf eine für den Kopf nahezu genügende Dehnung erhielt. Auch jetzt noch glaubt Verf., dass die Quetschungen des Schädels resp. des unteren Uterinsegmentes in der Wehenpause zu Stande kommen. Bei Schilderung der Austreibungsvorgänge polemisirt Verf. gegen den Tokodynamometer von Schatz. Gerade diesen Theil des Buches im Referat wiederzugeben ist unmöglich. Neu ist — wenigstens soweit wir die Schriften des Verf. kennen, das Einführen eines Begriffs: des Leit- und Führungswinkels. Hierauf wird mittelst der gewonnenen Resultate der Mechanismus der einzelnen Lagen beschrieben. Betreffs des ersten Athemzuges hält Verf. an seiner früheren Ansicht, dass das plötzliche Auspressen des Blutes aus der Placenta nach dem Herzen des Kindes der Grund sei, fest. Auf Seite 218 wird behauptet, dass die Mächtigkeit der Uterinwand an der Placentarstelle hochgradig herabgesetzt sei. Dies ist nicht der Fall, wie man sich an der Leiche durch Messungen überzeugen kann, somit können auch die daraus gezogenen Schlüsse nicht richtig sein. Der Einfluss der Lageänderung wurde schon im Centralblatt referirt. Bei der allgemeinen Pathologie wird recht deutlich, wie wenig oft die Resultate der Theorie Werth für die Praxis haben. Wenn hier die Geburt vornehmlich als eine pathologische deducirt wird, bei der das Fruchtwasser übermässig abgeflossen ist, so möchte ich — ohne mich auf Details einzulassen — die Geburtshelfer fragen: wie oft sie in concreten Fällen das Pathologische auf den übermässigen Fruchtwasserabfluss schieben konnten? Ich habe eine grosse Anzahl pathologische Geburten behandelt, aber wüsste nur wenige solche zu nennen, die hier an die Spitze gestellt werden. Der Inhalt des Abschnittes ist aus den früheren Arbeiten des Verf. bekannt. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

3. **H. Fehling** (Stuttgart). Beiträge zur Physiologie des placentaren Stoffverkehrs.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XI. Hft. 3.)

Der Verf. hat versucht durch quantitative Untersuchungen der Bestandtheile von Föten aus verschiedenen Monaten, ein Bild des

Wachsthums, der Zunahme der einzelnen Bestandtheile und somit des »Fötalstoffwechsels« zu gewinnen. Er bezeichnet mit letzterem Namen die Aufnahme der dem mütterlichen und kindlichen Organismus normaler Weise angehörenden Stoffe, ihre Verarbeitung und Ablagerung in den Organen des Fötus und die Wiederausscheidung der etwaigen Umsatzproducte, während er den Uebergang von fremden nur zufällig vorhandenen Stoffen aus dem Blute der Mutter in das des Fötus als »Stoffaustausch« bezeichnet. Zur Erreichung seines Zweckes analysirte er 21 menschliche und zahlreiche Kaninchenföte aus verschiedenen Perioden der Gravidität, wobei ausser der Länge und des frischen Gewichts, der Gehalt an Wasser, Fett, Proteïnsubstanzen, an Asche und Trockensubstanz bestimmt wurde. Als Resultat dieser ausserordentlich mühsamen Untersuchungen fand er, dass der Stoffumsatz beim menschlichen, wie beim Kaninchenfötus in den ersten Monaten der Gravidität am stärksten ist, und dann ziemlich gleichmässig bis zur Geburt hin sinkt; eine Ausnahme hiervon bildet die relative Zunahme an Fett, — die Menge desselben beträgt im 5. Monat 1,0, bei der Geburt 295,0 —, die fortwährend bis zum Ende der Gravidität hin ansteigt. Am geringsten ist der Stoffwechsel unmittelbar nach der Geburt, bei guter Nahrung nimmt er jedoch allmälig wieder etwas zu. Diese grosse Intensität des Stoffwechsels in der frühesten Fötalzeit und das allmälig vor sich gehende Sinken erklärt er einfach physikalisch durch den verschiedenen Wasserreichthum der mütterlichen und fötalen Säfte. Während nämlich der Körper des Erwachsenen nach Bischoff 58,5% Wasser und 41,5 feste Stoffe enthält, ist das Verhältniss beim Neugeborenen 74,4% : 25,6%; im 2. Monat ist der Fötus wasserreicher als Schleim, Blut oder Milch, wodurch der Uebertritt der Proteïnkörper und des Fettes ausserordentlich begünstigt wird. Wird in den späteren Perioden der Gravidität das Fötalblut concentrirter, das Blut der Mutter dagegen, wie Nasse nachgewiesen hat, wässeriger, so nehmen die früheren günstigen Bedingungen für den Uebertritt der Stoffe allmälig etwas ab, der Stoffwechsel geräth in ein continuirliches Sinken. Der Kaninchenfötus ist zu allen Perioden der Tragzeit wasserreicher als der menschliche.

Was den Stoffaustausch zwischen mütterlichem und fötalem Blut betrifft, so bezeichnet er die Frage, ob feste, körperliche Bestandtheile von der Mutter auf den Fötus übergehen können, als eine noch offene; die meisten bisherigen Experimente verneinen sie. Dagegen ist sicher erwiesen, dass fremde, in den Säften des Körpers lösliche Stoffe z. B. Natron salicylicum oder Kalium ferrocyanatum in die Säfte des Fötus übergehen, so dass ihr Vorhandensein, falls sie in genügender Menge eingeführt sind, im Harn nachgewiesen werden kann. Den Uebergang gasförmiger Stoffe von der Mutter auf den Fötus, bisher längst vermuthet, wurde zuerst von Zweifel für das Chloroform durch die Isonitrilprobe bewiesen. F. bestätigt die Zweifel'schen Untersuchungen und hat mit Hülfe des Spectral-

apparates den Beweis geliefert, dass auch das Kohlenoxydgas aus dem mütterlichen in das fötale Blut übergeht. **Schwarz** (Halle a/S.).

---

4. **Th. Langhans.** Untersuchungen über die menschliche Placenta.

(Arch. f. Anatomie und Physiologie von His, Braune und du Bois-Reymond 1877. Hft. 2 u. 3. Anatom. Abtheilung.)

Verf. kommt auf Grund seiner exacten interessanten Beobachtungen über den Bau und die Entwickelung der menschlichen Placenta zu folgenden Resultaten:

1. In der Mitte des 2. Monats wird die Placenta nur durch die Chorionzotten gebildet, welche der Serotina gegenüber sich stärker entwickeln als an der Reflexa, und dadurch Chorion und Serotina von einander drängen. Die so entstehende Placentarhöhle entspricht genetisch der Spalte, welche in den ersten Stadien zwischen Chorion einerseits, Serotina und Reflexa andererseits sich findet; Oberfläche der Serotina und Reflexa sind nichts anderes als Oberfläche der Uterinschleimhaut, welche durch Wucherung uneben wird. Die Zotten adhäriren derselben nur an der Spitze. Ein Einwachsen derselben in die Serotina findet nicht statt.

2. Das einzige Zeichen eines gegenseitigen Durchwachsens von mütterlichen und fötalen Eihüllen an der Placentarstelle bilden insuläre Knötchen mütterlichen Gewebes, die zwischen den Zotten, namentlich an der Oberfläche der Zottenbäumchen, in der Tiefe der Placenta, selbst am Chorion sich finden. Sie sind zuerst sparsam und nehmen allmälig an Zahl zu.

3. Bis zur Mitte der Schwangerschaft findet sich auf der placentaren Fläche des Chorions, sowie auf den Zotten nur das Chorionepithel, welches nur an den beschränkten Stellen zu Grunde geht, wo es mit dem mütterlichen Gewebe in Berührung kommt.

4. Der Abschluss des Placentarraumes ist durch Verwachsen des Chorion laeve und der Reflexa bedingt. Es treten dabei zuerst unter dem Chorionepithel flache Inseln eines grosszelligen Gewebes auf, wahrscheinlich mütterlichen Ursprungs, welche im 4. Monat schon zu einer continuirlichen Lage herangewachsen sind. Während das Epithel zu Grunde geht, umwuchert dieselbe die platt dem Chorion anliegenden Zotten und verschmilzt mit der Reflexa. Der in zahlreichen Buchten stagnirende Inhalt der Spalte zwischen Chorion und Reflexa wird zu canalisirtem Fibrin, welches später verschwindet. Die Reflexa ist in den letzten Monaten als gesonderte Membran nicht mehr nachzuweisen.

5. In der Mitte der Schwangerschaft bildet sich auf der placentaren Fläche des Chorions unter dem Epithel wesentlich durch Umwandlung der früheren Gefässschicht eine Lage von zahlreichem Gewebe, dessen Zellen zuerst klein, später den Serotinazellen sehr ähnlich wird, die Zellschicht des Chorion frondosum.

6. Dieselbe wandelt sich im weiteren Verlauf in canalisirtes Fibrin um, welches in den letzten Monaten nach Zugrundegehen des Chorionepithels durch Auflagerung aus dem mütterlichen Blut sich stark verdickt: lamellöse Schicht des Chorion frondosum.

7. Die zellig-lamellöse Schicht umwuchert in Form von zahlreichen kurzen Säulen die benachbarten Zotten, vereinigt sich mit insulären Knoten mütterlichen Gewebes.

8. Zugleich werden auch die Höcker und Wülste der Serotina höher und erreichen am Placentarrande die zellig-lamellöse Schicht des Chorion, mit welcher sie verschmelzen: nicht constant geschieht dies in der Mitte der Placenta.

9. So wird in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft die ganze von den Zotten eingenommene Höhle der Placenta allseitig begrenzt von einem Gewebe, welches die Zusammensetzung der Serotina zeigt, auf dessen Oberfläche, so weit sie dem Chorion entspricht, sich canalisirtes Fibrin bildet. Die Stammzotten treten durch dasselbe hindurch und verästeln sich frei in der so umschlossenen Höhle.

10. Die intravillösen Räume enthalten Blut. Wahrscheinlich dringt dasselbe ein durch Eröffnung des oberflächlichen Capillarnetzes der Serotina. Was diesen letzteren in der Neuzeit besonders durch Braxton Hicks vielbestrittenen Punct anlangt, so hat auch Ref. in seiner, kurz vor der Arbeit von Langhans erschienenen Abhandlung (Arch. für Gynäkologie Bd. XI. Hft. 3, cfr. dieses Centralblatt No. 13) nachgewiesen, dass die intravillösen Räume in der That Blut enthalten, welches durch die Gefässe der Serotina direct in sie einströmt.

Zwei Tafeln mit zahlreichen Abbildungen sind beigefügt.

Leopold (Leipzig).

---

5. **Orth.** Das Wachsthum der Placenta foetalis und Boll's Princip des Wachsthums.

(Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkologie Bd. II. Hft. 1.)

Verf. sucht nachzuweisen, dass Boll's Princip des Wachsthums in keiner Weise für die Placenta zutreffend ist. Indem Boll die von den pathologischen Anatomen angenommene Ungleichzeitigkeit des Wachsthums und der Vascularisation als unbegründet bezeichnet, räumt Verf. gerade mit Hülfe der Placenta dieser Annahme ihre Rechte ein, indem er ausführlicher erörtert, was schon von Anderen erkannt worden ist, dass das Wachsthum der Placenta foetalis resp. die Neubildung von Zottenästchen zunächst ausschliesslich von dem epithelialen Ueberzug bewirkt wird. Derselbe treibt verschiedengestaltige Sprossen, welche später ohne Betheiligung des Bindegewebes hohl werden und sich nach dem Bindegewebe zu öffnen, auf diese Weise dieses und die Gefässe gleichsam einladend von dem für sie hergerichteten Raum Besitz zu ergreifen. Wegen des Specielleren ist auf das Original zu verweisen. **Leopold** (Leipzig).

---

6. **H. Meyburg.** Ueber die Pulse der Wöchnerinnen.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XII. Hft. 1. p. 114.)

Man hatte früher behauptet, dass die Pulsverlangsamung im Wochenbett durch erhöhten arteriellen Druck zu Stande käme. Diese Annahme war von Fritsch widerlegt, derselbe hatte behauptet, dass die Verlangsamung des Pulses nur durch die langdauernde Ruhe in horizontaler Lage zu Stande käme. Später hatte Löhlein die Pulsverlangsamung durch Innervationsanomalien, die nicht näher specialisirt waren, erklärt. Verf. machte nun in Winckel's Institut, um diese Frage definitiv zu erledigen, sorgfältige sphygmographische Untersuchungen, die in mehreren Tafeln mitgetheilt werden. Danach ist der Blutdruck im Wochenbett vermindert. Die Curve ähnelt der von Eulenburg an der gelähmten Seite eines Hemiplektikers gefundenen. Verf. schliesst sich deshalb der Ansicht von Fritsch in dieser Beziehung an, dagegen hält er die Erklärung der Pulsverlangsamung nicht für ausreichend. Die Ruhe ist etwas Nebensächliches. Die Verlangsamung ist zu anhaltend und bedeutend, deshalb hat noch die meiste Berechtigung die Ansicht, dass durch Reizung des Vagus die Verlangsamung bedingt sei. Die Einwände, welche Fritsch gegen diese Ansicht früher gemacht hatte, sucht Verf. zu widerlegen und verspricht durch weitere Versuche die noch dunkeln Puncte zu erklären.

Fritsch (Halle a/S.).

---

7. **M. Runge** (Strassburg i/E.). Untersuchungen über den Einfluss der gesteigerten mütterlichen Temperatur in der Schwangerschaft auf das Leben der Frucht.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XII. Hft. 1. p. 16.)

Der in der Ueberschrift bezeichnete Einfluss ist in seinen schädlichen Folgen klinisch schon bewiesen, namentlich durch Kaminsky: Beiträge zur Lehre des Einflusses des Typhus und Febr. rec. auf den Verlauf der Schwangerschaft. — Theoretisch ist klar, dass wenn die Mutter fiebert, der Fötus um einige Grade mehr fiebern muss, folglich wird die Frucht durch Wärmestauung sterben, wenn auch die Mutter am Leben bleibt. Diese Verhältnisse sucht Verf. auf experimentellem Wege in exacter Weise klar zu legen. Schwangere Kaninchen wurden in einen Wärmekasten placirt und zu verschiedenen Zeiten der Kaiserschnitt gemacht. Leider sind die andern Methoden, sich vom Leben des Fötus zu überzeugen nicht genau. Die vielen Experimente sind im Original nachzusehen, die Resultate sind folgende: Die Fötuse eines durch Hitzschlag getödteten Kaninchens sind stets todt. Ebenso waren ausser 2 Fötus mit schwachen Lebenszeichen alle Fötus dann todt, wenn die Section kurz vor dem eintretenden Tode (im Stadium convulsivum) gemacht wurde. Bei einer Temperatur von 41,5 — 42,5 wurden lebende und todte Fötus extra-

hirt, hierbei war die Zeitdauer der hohen Temperatur wichtig. Letzterer Umstand hat jedenfalls eine grosse praktische Bedeutung. Es geht daraus hervor, dass eine hohe mütterliche Temperatur dann am gefährlichsten ist, wenn sie lange andauert. Für die Therapie eröffnet sich hier ein weites Feld antifebriler Methoden. Im ganzen stimmen die Ergebnisse der Experimente mit den durch Kaminsky festgestellten klinischen Thatsachen. Was die Frage des Kaiserschnitts beim Tod der Mutter durch Fieber anbelangt, so wird er post mortem stets todte Kinder ergeben müssen, will man retten, was zu retten ist, so muss man den Kaiserschnitt in der Agone machen.

Fritsch (Halle a/S.).

---

8. **G. v. Hoffmann.** Ueber die weiblichen Genitalien eines Schimpansen.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie Bd. II. Hft. 1.)

Verf. beschreibt die Genitalien des am 27. October 1876 im Berliner Aquarium verstorbenen weiblichen Schimpansen und hebt folgende bemerkenswerthe Unterschiede hervor zwischen den Genitalien des Menschen und des Schimpansen:

1. Der Genitalschlauch des Schimpansen ist relativ viel länger als der des Menschen, weil das Vestibulum vaginae tiefer ist; 2. die stärkere Entwickelung der Clitoris, des Präputium und der kleinen Labien, während die Labia majora in der Entwickelung zurückgeblieben sind; 3. ein doppelt durchbohrter Hymen mit stark entwickeltem Septum medianum; 4. in der Vagina starke Querfalten um die Portio vaginalis herum; 5. Längsfalten im Collum uteri ohne Querfaltung; 6. auffallend tiefe Insertion der Ligamenta ovarii; 7. die beim Menschen fehlende Decke der Douglas'schen Tasche; 8. die starken Fettablagerungen im lateralen Rande der Ligamenta lata in den sogen. Ligg. infundibulo-pelvicis. Ferner ist die Beckenaxe beim Schimpansen relativ viel länger als beim Menschen. Der Beckeneingang ist oval. Die Darmbeinschaufeln relativ klein und ganz flach. Die Sitz- und Schambeine stark entwickelt. Die Schambeinfuge ungemein lang.

Leopold (Leipzig).

---

9. **R. Mayr.** Beiträge zur Lehre von den Gesichtslagen.

Inaug.-Diss. München. (Arch. f. Gynäkologie Bd. XII. Hft. 2.)

Verf. hat von Hecker das Material der Münchener Gebäranstalt, 107 Gesichtslagen und 15 Stirnlagen, zur Verfügung erhalten. Die statistischen Resultate sind folgende: Gesichtslagen kommen häufiger vor bei Mehr- als bei Erstgebärenden. Zweite Gesichtslagen kommen relativ häufig vor; die Geburt dauert lange, die Zange wurde häufiger (2 Mal) angelegt als bei gewöhnlichen Lagen. Dammrisse wurden etwas mehr beobachtet als bei Scheitellagen. Die Er-

krankungen der Mutter (11) und die Resultate bezüglich der Kinder lassen es nicht zu, Gesichtsgeburten im vollsten Sinne zu den Eutokien zu rechnen. Was die Aetiologie betrifft, so wird zunächst 1 Fall von Struma congenita erwähnt, eine Stirnlage war wohl auf Peritonitis chron. intraut. zu beziehen. Die Angaben Ahlfeld's dass ein Missverhältniss zwischen Fruchtlänge und Gewicht sc. ein unverhältnissmässig grosses Gewicht ätiologisch wichtig sei, werden durch das grosse Material Heckers durchaus bestätigt. Die Messungen und Nachmessungen ergaben die Richtigkeit der Heckerschen Angaben betreffs der Dolichocephalie. Auch auf die Wichtigkeit des Querdurchmessers wird hingewiesen und gesagt: »der lange Schädel, welcher bei seinem bedeutend grösseren geraden Durchmesser noch einen etwas breiteren Querdurchmesser besitzt, disponirt am meisten zu Entstehung der Gesichtslage.«

Zum Schluss folgen Messungen von Kinderschädeln, die von denselben Müttern stammen, welche 1 Mal bei Schädellage ein anderes Mal bei Gesichtslagen entbunden wurden. Hier lässt sich jedesmal aus den Messungen der Gesichtslagenschädel die ätiologisch wichtige Grösse des Hinterhauptes erkennen. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

10. **Dohrn.** Ueber künstliche Frühgeburt bei engem Becken.
(Arch. f. Gynäkologie Bd. XII. Hft. 1. p. 53.)

D. theilt die von ihm seit Herbst 1873 behandelten Fälle von künstlicher Frühgeburt detaillirt mit, dieselben umfassen ein Material von 13 Frauen, davon hatten 4 platte, 8 allgemein verengte platte 1 ein schrägverschobenes plattes Becken. Die Frauen hatten zusammen 50 Kinder geboren, von diesen 31 rechtzeitig, bei 19 war die künstliche Frühgeburt eingeleitet worden. Von den 31 rechtzeitigen kamen 27, von den 19 unreifen nur 7 todt zur Welt. 1 Wöchnerin starb am 4. Wochenbettstage.

Im Ganzen hat D. 42 Mal die Operation gemacht, 19 Kinder starben bei oder kurz nach der Geburt, 23 blieben lebend. Von 19 von ihm behandelten Mehrgebärenden waren 41 rechtzeitige Kinder geboren worden, darunter 37 todte; an denselben Mehrgebärenden wurde 25 Mal die künstliche Frühgeburt eingeleitet: 10 todte oder bald sterbende und 15 lebende Kinder. Im Ganzen sind 3 Wöchnerinnen gestorben. — Sind die in diesen Zahlen ausgedrückten Resultate schon als recht günstige zu bezeichnen, so lassen sich nach Ansicht D.'s mit zunehmender Vorsicht von dem Verfahren in Zukunft noch bessere erwarten. **Küstner** (Jena).

Casuistik.

11. **A. Gusserow.** Zur Behandlung der Bauchhöhlenschwangerschaft.
(Arch f. Gynäkologie Bd. XII. Hft. 1. p. 75.)

Frau W., 34 Jahr, mltpara., im 5. Monat der Schwangerschaft an Peritonitis behandelt. Kindsbewegungen deutlich, man fühlt alle Theile des Kindes, so die

Proc. spinosi, die Fontanellen, die Fusszehen. Portio vag. vorn, unten. Nach einem Schmerzanfall hören die Kindsbewegungen auf. Kind als abgestorben zu diagnosticiren, Schlottern der Kopfknochen. Eine Decidua wird ausgestossen, es tritt Fieber ein. Laparotomie unter Spray. 30 Min. dauernd, Placenta im Douglas. Drainage nicht unmittelbar nach der Operation sondern später, um der Jauche Abfluss zu schaffen. Kind aus dem 8. Monat. Jauchung des Fruchtsackes trotz Carbolwasseraussprizungen. Entfernung der verjauchten Plac. stückweise, dabei macht einmal eine Blutung Tamponade des Fruchtsackes nöthig. Schwere Reconvalescenz. Heilung. (Doch hat Pat. Phthise mit einer schon nachweisbaren Caverne.)

An diesen Fall knüpft Verf. sehr interessante epikritische Bemerkungen, von denen wir namentlich die wiedergeben, welche praktischen Werth haben. Der vorliegende Fall und die Statistik, soweit sie verwerthbar ist, lehrt, dass bei extrauteriner Gravidität zeitig operirt werden muss. Das Fehlen einer Verwachsung des Fruchtsackes mit dem Bauchsack ist keine Condraindication. Der Spray kann wegen der Gefahr der Abkühlung des Peritoneum gefährlich sein, überflüssig ist er jedenfalls. Auch die Drainage des Douglas ist im Princip falsch, Verf. macht sie auch bei Ovariotomien nur dann, wenn besonders viel blutige Flüssigkeit in das Cavum peritonei geflossen. Das Rohr soll dann nur 12—24 Stunden liegen und im Douglas enden, also nicht zur Bauchwunde oben herausreichen. Manchmal ist es von Nutzen, später an der noch nicht vernarbten Stelle wiederum eine Oeffnung herstellen zu können, da eine Punction des Douglas schwer zu machen ist.

Fritsch (Halle a/S.).

12. **Ruge.** Casuistische Mittheilungen.

(Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. II. Hft. 1.)

I. Zwei Fälle von Retroflexio Uteri bei Neugeborenen.

In beiden Fällen, welche reifen Neugeborenen angehören, ist besonders hervorzuheben, dass die Retroflexion nicht durch mechanische Verhältnisse bedingt war und zweitens, dass die hintere Wand in der Cervix wie im Corpus beträchtlich dicker als die vordere war.

II. Beobachtung von Schwangerschaft bei zweihörniger Gebärmutter mit solidem Cervix des geschwängerten Hornes.

Mit einem walzenförmigen, der Grösse nach einem c. 2 Monate schwangern entsprechenden Uterushorn ist an der Cervix ein zweites Horn durch einen soliden Cervicalstrang verbunden, der nirgends die Spur einer Höhle aufweist. Das Corpus dieses zweiten Hornes ist geborsten und enthält einen 3monatlichen Fötus. Corpus luteum im anderseitigen Ovarium. Ueberwanderung des Eies oder des Samens. Der Uterus selbst ist nicht als unicorner, sondern als bicorner zu bezeichnen.

III. Zum Bau der Luftcysten der Scheide.

Verf. beschreibt zwei neue Fälle von Luftcysten der Scheide bei einer Schwangern und Nichtschwangern. Aus diesen und einem andern Fall (Schmolling) ergiebt sich, dass der Sitz der Luftcysten ein interstitieller ist, d. h. ohne selbstständige eigne Wand mit Epithel. Verf. schlägt den Namen Colpitis vesicula emphysematosa vor. Von den wirklichen Cysten unterscheiden sich die Luftcysten durch das multiple Auftreten.

IV. Pneumothorax bei einem Neugeborenen.

Bei einem 4412 Grm. schweren, in Steisslage gebornen und bald nach der Geburt gestorbnen Knaben fand sich in der linken Lunge ein 3 Ctm. langer Riss und Pneumohaemathorax. Derselbe ist nicht entstanden durch die ärztliche Hülfe bei der Extraction, sondern »durch vorzeitiges Athmen und Aspiration von Schleim, Meconium und Vernix caseosa ist jedenfalls vor Ausstossung der Frucht die Luftzufuhr zur linken Seite wenigstens zum grössten Theil behindert gewesen und in Folge heftiger Respirationen ist ein umschriebenes, alveoläres, später interstitielles Emphysem eingetreten, welches wiederum zur Ruptur der pleura und zum Bluterguss Anlass gab.«

Leopold (Leipzig).

13. **J. Veit.** Casuistische Mittheilungen aus der gynäkologischen Universitäts-Klinik zu Berlin.

(Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. II. Hft. 1.)

I. Fall von Uterus bipartitus mit Steinbildung in der Blase. Lithotripsie. Genesung.

Ein 24jähr., noch nicht menstruirtes Mädchen, litt seit dem 18. Jahre an immer stärkeren Schmerzen in der linken Seite, im Kreuze und beim Uriniren. Mehrere Steinchen waren allmälig abgegangen. In den äussern Genitalien befand sich nur eine feine Oeffnung, welche in die Blase führte. In dieser fand sich ein c. 60 Grm. schwerer Stein, der sich um eine Haarnadel gebildet hatte. Der Stein wurde zertrümmert und langsam in Stücken extrahirt. Betreffs der Genitalien stellte sich Mangel der Vagina und ein solides bicornes Uterusrudiment heraus.

II. Zwei Fälle von vollkommenem Uterusvorfall.

a) Vollkommener Uterusvorfall mit Verschluss des innern Muttermundes bei einer 62jähr. Frau.

b) Vollständiger Gebärmuttervorfall bei einem noch nicht menstruirten, $14^3/_4$jähr. Mädchen.

Bei einem kyphotischen, in der Entwickelung sehr zurückgebliebenen Mädchen hängt aus der erweiterten Schamspalte die vordere Scheidewand vollständig heraus. Der Uteruskörper liegt ganz ausserhalb der rima retroflectirt, ist 6 Ctm. lang. Die Erklärung dieses Vorfalls stützt sich auf eine Erschlaffung der Uterinbänder und auf das besonders starke Wachsthum des Uterus zur Zeit der Pubertät. Das Primäre war die Senkung des Uterus; secundär die Hervorwölbung der Scheide.

Leopold (Leipzig).

14. **Ahlfeld.** Ueber Schnauzengeburten beim Menschen.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XII. Hft. 1. pag. 159.)

Während die Kopfgeburt der Hemicephalen höheren Grades (mit Nackenspalte) fast stets in mehr oder weniger Gesichtslage erfolgt, so ist letztere und auch die primäre Einstellung facie praeversa durch die Formverhältnisse nothwendigerweise nicht bedingt. A. beschreibt nun die Leiche eines geringgradigen Hemicephalus, der in Gesichtslage geboren war. Ermöglicht war diese Lage durch die dem Hemicephalen eigenthümliche Grösse der Processus cotyloidei occipitis, welche bedeutende Excursionen des Kopfes nach Beuge- als Streckseite gestatteten und durch auffallend steile Stellung des Occiput; veranlasst ist sie wahrscheinlich wie auch die Schnauzengeburten bei Rindern und Pferden durch Reflexbewegungen des Fötus (Franck), die so lange anhalten bis der spitzeste Theil — hier der Mund — die ungenirteste (d. i. die tiefste) Lage hat.

Küstner (Jena).

15. **Ahlfeld.** Ueber einen eigenthümlichen Amnionfaden.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XII. Hft. 1. pag. 154.)

A. fand einen von der 8 Ctm. hohen Schultze'schen Falte einer Nachgeburt ausgehenden 3 Ctm. langen Faden, der inwendig ein mikroskopisch nachweisbares, darmartig-gewundenes an seinem Ende sich umbiegendes Gebilde enthielt. Zugleich zeigte das Kind einen bei der Geburt etwa 1 Ctm. langen von der Mitte der Verbindungslinie beider Brustwarzen entspringenden Faden. Es liegt nahe einen einstmaligen Zusammenhang dieser beiden Fäden anzunehmen; dann wäre vielleicht in einer Fötalperiode nach Schluss des Nabels das Nabelbläschen mit der bezeichneten Stelle der Brust des Kindes verwachsen gewesen, diese Verbindung wäre allmälig zu diesem Faden ausgezogen worden, der dann später riss.

Küstner (Jena).

16. **Ahlfeld.** Pelvis inversa.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XII. Hft. 1. pag. 156.)

Unter diesem Namen beschreibt A. das Becken eines Kindes mit angeborener weiten Blasenspalte; die Spalte der Symphyse ist 10 Mm. breit. In dieser Spalte liegt die Grundbedingung der Entstehung dieser charakteristischen Beckenform, durch das Prolabiren der Baucheingeweide, durch das Nichtvorhandensein eines Becken-

inhaltes krümmt sich das Kreuzbein nicht (vertical und horizontal) concav, sondern in denselben Richtungen convex. Auch die Entstehung einer bei diesem Becken vorhandenen Spina fissa leitet A. von den angedeuteten mechanischen Einflüssen her. Aehnliche Becken sind von Vrolik, Petit, Dehn, Freund, Litzmann und Winkler beschrieben. **Küstner** (Jena).

17. **M. Liebmann.** Zur Casuistik der durch regelwidrige Beschaffenheit der weichen Geburtswege bedingten Geburtshindernisse.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie Bd. II. Hft. 1.)

1. Partielle Atresie des äusseren Muttermundes, bedingt durch einen derben, sehnigen Strang.

33jähr. Ipara. Geburt aufgehalten durch einen kleinfingerdicken, an die stark hinabgezerrten Seitenränder des Muttermundes sich fest inserirenden querverlaufenden Strang. Durchschneidung. Schnelle Geburt.

2. Vagina septa s. duplex (incompleta). Normaler Uterus.

25jähr. Ipara. Scheideneingang durch eine senkrechte Scheidewand in zwei fast gleiche Hälften getrennt. Die Wand geht vom Frenulum bis zum Orificium urethrae, setzt sich 5 Ctm. nach aufwärts fort und endigt mit einem feinen halbmondförmigen Rande.

Unter der Geburt musste das Septum durchschnitten werden.

3. Atresie des äussern Muttermundes, Querlage der Frucht. Incision der Muttermundsränder. Embryotomie.

Trotz der Incisionen war die Wendung des in linker Schulterlage (2. Unterart) befindlichen Kindes absolut nicht auszuführen. Embryotomie, äusserst erschwert, setzte sich zusammen aus der Perforation und Entleerung der Brust- und Bauchorgane; die Decapitation nach Braun war unmöglich. Durchtrennung der Wirbelsäule. Entfernung des unteren Körpertheils. Kopf mit dem spitzen Haken, in den Mund eingesetzt, extrahirt.

Wochenbett günstig. **Leopold** (Leipzig).

18. **E. Monod.** Angeborner Tumor der Steissbeingegend.

(Progrès méd. 1877. Juli 21. No. 29.)

Ein 7monatlicher Fötus weiblichen Geschlechts, der 10 Tage am Leben blieb, brachte einen 13 Ctm. langen, 9 breiten Tumor auf dem Steissbein mit zur Welt, in dem sich keine Fluctuation, überhaupt keine Veränderung während des Lebens darbot. Die anatomische Untersuchung ergab keinen Zusammenhang mit dem Rückgratcanal, die Tasche ist ein Appendix des Steissbeins durch eine Art Ligament daran befestigt, der Sack hat bei seiner Entwicklung den Anus und den untersten Theil des Rectum vor sich hergetrieben. Ein Sagittalschnitt zeigt, dass die Geschwulst hauptsächlich aus 2 Theilen bestand, dessen unterer viele grössere und kleinere Cysten enthielt. **Fehling** (Stuttgart).

19. **F. Franck.** Angeborene Ectopie des Herzens.

(Gaz. hebdom. 1877. Juli 27. No. 30.)

Bei einer 24jährigen Frau bildet das Herz unterhalb des Processus cuneiformis einen Tumor von der Grösse eines Truthenneneies, bedeckt von normaler Haut. Man kann mit der Hand das Aeussere der Ventrikel betasten, die Herzohren liegen unter dem Sternum. Die Haut wird bei jeder Systole erhoben, es dreht sich dabei die ganze Masse um ihre Axe von links nach rechts.

Fehling (Stuttgart).

Druckfehler: p. 271. Referat No. 6. lies Morbilität statt Mortalität.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S., an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Erster Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 10 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 17. **Sonnabend, den 10. November.** **1877.**

Inhalt: I. **Hegar,** Ueber die Exstirpation normaler und nicht zu umfänglichen Tumoren degenerirter Eierstöcke. I. Die Bedeutung des Eierstocks für den Organismus. (Original-Mittheilung.)

1. **Schülein,** 2. **Richter,** Antisepsis im Wochenbett. — 3. **Grünewaldt,** Operationen an der Portio. — 4. **Fleischmann,** Ernährung der Neugeborenen. — 5. **Valenta,** Fruchtblase. — 6. **Zweifel,** Vaginitis emphysematosa. — 7. **v. Hecker,** 8. **Fasbender,** Dammrisse. — 9. **Köberlé,** Bauchnaht. — 10. **Gordon,** Uterinblutungen. — 11. **Southall,** Abdominalschwangerschaft. — 12. **Helms,** Zwillingsgeburt. —

13. **Rose,** Uterusruptur. — 14. **Trenholme,** Exstirpation des Uterus. — 15. **Chadwick,** Frischentbundener Uterus. — 16. **Raure,** Vaginismus. — 17. **Trush,** Retention der Placenta. — 18. **Lamadrid,** Einfluss der Narcotica. — 19. **Coleman,** Septum in der Vagina. — 20. **Stehberger,** Steissrückenlage. — 21. **Colucci,** Endometritis. — 22. **Pingler,** Anwendung des Wassers bei Schwangeren. — 23. **Campell,** Narkose des Uterus. — 24. **Ruttledge,** Schwangerschaft bei Gebärmutterkrebs. — 25. **Genrich,** Melaena Neonatorum. — 26. **Veit,** Hämatocele bei Tubenschwangerschaft. — 27. **Münster,** Uterusfibrome. — 28. **Lusk,** Morphium während der Geburt. — 29. **Krone,** Pressschwamm in geburtshülflicher und gynäkologischer Beziehung. — 30. **Dockhmann,** Entzündung der Decidua während der Geburt.

I. Ueber die Exstirpation normaler und nicht zu umfänglichen Tumoren degenerirter Eierstöcke.

I. Die Bedeutung des Eierstocks für den Organismus.

(Vortrag in der gynäkologischen Versammlung zu München Sept. 1877.)

Von

Prof. **A. Hegar.**

Wenn man ein Organ exstirpiren will, wird man sich zunächst die Frage vorlegen müssen, welche Bedeutung dieses Organ für den übrigen Körper hat, welchen Einfluss seine Entwickelung und seine Function auf die Entwickelung und Function der mit

ihm in innigem Connex stehenden Theile und des ganzen Körpers ausübt. Eine vollständige Antwort auf diese Frage wäre nur durch eine genaue Kenntniss der Umsetzungen und Bewegungen ermöglicht, welche von dem Ovarium ausgehen. Unsere Kenntniss hierüber ist vollständig lückenhaft und hypothetisch, und trotzdem ist ein alter Spruch: »propter solum ovarium mulier est, quod est« allgemein angenommen. Die Gründe zu dieser Annahme liegen auf der Hand. Der angenommene Endzweck alles sexuellen Lebens, die Fortpflanzung, ist ohne den Eierstock unmöglich, während man z. B. nach Exstirpation fast des ganzen Uterus Schwangerschaft beobachtete. Man verglich den Eierstock mit anderen Drüsen, und es lag dann nahe, den Uterus und die Scheide lediglich als Ausführungsgänge anzusehen, eine Anschauung, welche durch die Verhältnisse bei Thieren bekräftigt wurde. Man glaubte ferner, dass bei angeborenen Defecten der Ovarien regelmässig sehr bedeutende Modificationen im ganzen Körperbau und in einzelnen Organen vorhanden seien. Endlich schloss man aus den grossen Veränderungen, welche bei in der Kindheit castrirten männlichen Individuen beobachtet sind, auf analoge beim weiblichen Geschlecht, obgleich hierfür genügende Beobachtungen fehlen. Bei der Wichtigkeit, welche die doppelte Ovariotomie bei der Exstirpation grösserer Cystome, bei der Amputatio uteri supravaginalis und bei der neuerdings aufgetauchten Exstirpation normaler oder wenigstens nicht zu umfänglichen Geschwülsten degenerirter Eierstöcke heutzutage gewonnen hat, lohnt sich eine Revision dieser Ansichten wohl der Mühe.

Betrachten wir zuerst die Verhältnisse bei angeborenem Defect und rudimentärer Entwicklung der Eierstöcke, über welche wir ganz vortreffliche Zusammenstellungen von Puech besitzen, so stossen wir sofort auf ein ganz unerwartetes Resultat. Durchaus nicht selten wurde ein vollständig normaler weiblicher Körpertypus, selbst schöne und runde Formen, wohlgebildete Brüste, normale Beschaffenheit des Beckens und der äusseren Genitalien beobachtet. Freilich ist auch mangelhafte Ausbildung, selbst Defect dieser Theile beschrieben; allein dann sind gleichzeitig häufig auch andere Anomalieen notirt, Bildungsfehler an anderen Stellen, Cretinismus, Idiotie, Zurückbleiben des ganzen Körpers und des Skelets in seiner Entwickelung, so dass man hier eine gemeinsame Ursache annehmen muss und nicht etwa die mangelhafte Ausbildung der übrigen Geschlechtscharaktere dem Defect des Ovariums zuschreiben darf. Diese Unabhängigkeit der übrigen Geschlechtscharaktere von der Art der Keimdrüse ist durch nichts klarer bewiesen, als durch den Hermaphroditismus transversalis. Bei ausgeprägten Exemplaren findet man Hoden und im Uebrigen ist das Individuum ein vollständiges Weib, dem selbst die Scheide nicht fehlt. Umgekehrt zeigt ein Individuum, bei Gegenwart von Eierstöcken, im Uebrigen alle Charaktere des Mannes und besitzt selbst einen 3 Zoll langen Penis, an dessen Spitze sich die Harnröhre öffnet. Gewöhnlich freilich sind

Gemische männlicher und weiblicher Eigenschaften in den zahlreichsten Combinationen vorhanden, so dass sich kaum eine solche denken lässt, welcher nicht eine Beobachtung entspräche.

Nur in einem Punkt zeigt sich eine ganz bestimmte Abhängigkeit von der Entwickelung der Eierstöcke; dies betrifft die Tuben, den Uterus und, wenn auch in geringerem Grade, die Scheide. Der Uterus überschreitet bei Defect und rudimentärer Bildung der Ovarien nicht den fötalen oder infantilen Zustand. Dies Abhängigkeitsverhältniss erhält eine Bestätigung durch die Zustände bei Uterus unicornis des Menschen und dem Uterus bicornis der Thiere. Da, wo bei dem Uterus unicornis auch nur ein Rudiment des andern Hornes vorhanden war, fehlte der diesem entsprechende Eierstock nicht. Ist bei den Thieren ein Horn überhaupt entwickelt, so findet sich auch der ihm zukommende Eierstock. Ein umgekehrtes Abhängigkeitsverhältniss ist keinesfalls vorhanden; der Uterus kann vollständig fehlen und beide Eierstöcke können vorhanden sein und gut functioniren. Entsprechend jener Abhängigkeit in der Ausbildung des Uterus fehlt auch die Function desselben, die Menstruation, bei dem rudimentären Zustand der Ovarien. Ist jenes Abhängigkeitsverhältniss nun auch ohne Zweifel ein sehr entschiedenes, so ist es doch nicht unbedingt. Es werden einige, wenn auch nicht gut beglaubigte Ausnahmen berichtet, in welchen der Eierstock fehlte oder sehr mangelhaft ausgebildet war, während der Uterus seine normale Beschaffenheit besass. Noch mehr wird aber das Gesetz dadurch durchbrochen, dass bei Gegenwart der männlichen Geschlechtsdrüse ein zuweilen sehr ausgebildeter sogen. Uterus masculinus existirt.

Ist so die Sachlage bei angebornem Defect und mangelhafter Entwickelung einigermassen klar; so gilt dieses viel weniger für den erworbenen Defect. Einmal stossen wir hier auf bedeutende Lücken unseres Wissens, und ausserdem gestalten sich die Verhältnisse complicirter. Wir müssen vor Allem hier einen strengen Unterschied machen zwischen einem in früher Kindheit und einem im Alter des Erwachsenen entstandenen Defect, um ganz von den Zwischenstufen abzusehen. Ferner kommen vielfach pathologische Einflüsse ins Spiel. Die Experimente an Thieren, welche Aufschluss zu geben vermöchten, geben denselben auch nicht in genügendem Maasse. Die Resultate hierbei lassen sich gerade hier nicht so ohne Weiteres auf den Menschen beziehen; ausserdem verfolgte man bei der Castration der Thiere wesentlich Nutzungszwecke und liess sich, abgesehen hiervon, wenig auf genauere Beobachtungen ein. Die weiblichen Thiere, welche man heutzutage noch in ausgiebiger Zahl ihrer Eierstöcke beraubt, die Schweine, eignen sich auch nicht gerade zu feineren Beobachtungen.

In früherer Zeit war die Castration weiblicher Thiere viel allgemeiner verbreitet, als heutzutage. Man exstirpirte die Eierstöcke bei Schafen, Kuhkälbern, Stuten und Hündinnen. Heutzutage beschränkt man sich wesentlich auf junge Schweine, während

alte Schweine und Kühe selten der Operation unterworfen werden. Die Resultate der Castration bei jungen Schweinen lassen sich kurz zusammenfassen: Der Uterus bildet sich nicht weiter aus, als zur Zeit der Operation, oder atrophirt vollständig; die Brunst tritt nicht ein; das Thier gewinnt ein ruhigeres Temperament und setzt leichter Fett an. Diese Neigung zum Fettansatz wird von den Thierärzten ziemlich allgemein dem ruhigeren Temperament, bedingt durch den Wegfall der Brunst, zugeschrieben.

Interessant sind die Resultate, welche bei der Castration älterer Kühe bemerkt wurden. Man hat vor einigen Jahrzehnten diese Operation in sehr ausgiebigem Maasse, besonders in Frankreich auf die Empfehlung Charlier's hin ausgeführt, ist aber davon zurückgekommen, da sie den Erwartungen der Landwirthe nicht entsprach. Die bessere Mastung ist sehr problematisch. Genaue Versuche zeigten, dass castrirte und uncastrirte Kühe, welche man bei gleicher Pflege und Nahrung zusammenstellte, etwa in derselben Weise an Gewicht gewannen. Auch der günstige Einfluss auf die Lactation ist nicht constant, obgleich die Meisten zugeben, dass wenigstens bei vielen Thieren die Milch an Qualität und Quantität sich bessere. Ganz rein sind übrigens diese Versuche nicht, da man vielfach recht alte und auch kranke Thiere verwendete und auch der unmittelbare Einfluss der Operation an sich häufig ein ungünstiger ist und erst überwunden werden muss. Heutzutage nehmen die Veterinärärzte nur noch eine bestimmte Indication zur Castration der Kühe an, die Stiersucht. Bei dieser Erkrankung, einer Art Nymphomanie, treiben sich die Thiere beständig umher, magern ab, suchen den Stier auf, concipiren aber nicht, oder verwerfen wenigstens bald, wenn sie empfangen haben. Zu Grunde liegen Degenerationen der Eierstöcke, insbesondere die bei Kühen recht häufige cystöse Entartung und die Perlsucht. Der Zweck der Operation besteht in der Beseitigung der Brunst und des abnorm gesteigerten Geschlechtstriebes.

Dies führt uns nun auf eine Frage, deren Entscheidung für die, welche Brunst und Menstruation für identisch halten, auch über das Verhältniss zwischen Ovulation und Menstruation Aufschluss giebt: Wird durch die Castration erwachsener Thiere die Brunst beseitigt? Die meisten Thierärzte stimmen darin überein, dass dies allerdings in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle stattfindet, dass aber Ausnahmen vorkommen. Diese Ausnahmen werden nun durch das Zurückbleiben eines Eierstocksrestes erklärt, da es sich herausstellte, dass die vollständige Entfernung der Organe nicht selten recht schwierig, ja selbst unmöglich ist. Ein anderer Grund jener Fortdauer der Brunst wurde darin gesucht, dass die pathologischen Processe auch nach dem operativen Eingriff fortdauern. Dies gilt besonders von der Perlsucht, bei welcher nicht blos die Ovarien, sondern auch Tuben und Uterus afficirt sind. Die beständige Irritation durch den fortdauernden pathologischen Process bedinge die Pseudobrunst und die geschlechtliche Erregung.

Ueber die Folgen einer Exstirpation der Eierstöcke in der Kindheit des Menschen besitzen wir nur einen einzigen Bericht von Roberts, welcher in Ostindien weibliche Eunuchen gesehen hat, von denen er theils Glaubwürdiges, theils Unglaubhaftes erzählt. Diese Personen sollen ein mangelhaftes Fettpolster an Hüften und Geschlechtstheilen gehabt haben, Brüste und Brustwarzen fehlten, die Aeste des Schambogens seien so an einander gerückt, dass sie sich beinahe berührten, die Schamspalte sei gar nicht vorhanden gewesen.

In späterer Zeit des Lebens stossen wir auf zwei Phasen, deren Betrachtung uns vielleicht Aufklärung über das Verhältniss zwischen Ovulation und Menstruation geben könnte. Bei der einen, der Schwangerschaft, sistirt die Ovulation nach ziemlich allgemeiner Annahme. Bei der andern, dem Climax, schwindet allmälig das functionsfähige Parenchym des Eierstocks. Wollten wir die Amenorrhoe der Schwangeren von dem Aufhören der Ovulation herleiten, so steht dem entgegen, dass die Menstruation in einzelnen Fällen während der Gravidität fortdauert, ja dass sogar Beobachtungen existiren, nach welchen sie nur während der Schwangerschaft eintrat. Uebrigens muss man berücksichtigen, dass wohl das Zellenleben im Ovarium während der Gravidität in einem gewissen Grade jedenfalls fortdauert, und es wäre eigentlich nicht zu verwundern, wenn bei dem enormen Gefässreichthum des Uterus gravidus auch geringere Anstösse, als solche, welche die vollständige Follikelreifung giebt, zu typischen Blutungen führten.

Ueber das zeitliche Verhältniss, welches zwischen dem Schwund des Ovariums nebst dem Aufhören der Ovulation und zwischen der Atrophie des Uterus nebst der Amenorrhoe während der Wechseljahre besteht, ist wenig bekannt. Der Umstand, dass die Fruchtbarkeit der Weiber zwischen dem 40.—50. Jahre sehr abnimmt, spricht dafür, dass die Reifung der Eier schon gewissen Modificationen unterworfen ist, während der Uterus noch normal fungirt und menstruirt. Keinesfalls geht die Sistirung der Ovulation in allen Fällen der Amenorrhoe vorher, indem zuweilen nach länger bestehender Amenorrhoe noch Conception beobachtet wurde. Wenn man auch geneigt ist, das Aufhören der Menstruation der unvollständigen oder ganz fehlenden Follikelreifung zuzuschreiben, wenigstens hierin einen Hauptgrund zu sehen, so muss man doch zugeben, dass auch noch andere Factoren vorhanden sind, welche die Atrophie der Gebärmutter und die Amenorrhoe, begünstigen. Interessant ist das Factum, dass nach jahrelanger Sistirung der Menses durch den Climax typische Blutungen wieder eintreten können und zwar in Folge von Erkrankung des Uterus, wie Schleimpolypen, beginnendem Carcinom, aber auch in Folge von Erkrankungen anderer Organe, welche eine Blutüberfüllung des Unterleibes zur Folge haben, wie Herzfehler, Leberleiden.

Was die körperlichen und geistigen Veränderungen der Frauen nach dem Climax betrifft, so sind sie theilweise wenig constant, wie

die Neigung zum Embonpoint, noch weniger das stärkere Emporsprossen der Haare im Gesicht, theilweise lassen sich, wie für die veränderte Sinnesart und Denkungsweise, auch andere Erklärungen finden, das höhere Alter, die grössere Lebenserfahrung. Es ist wenigstens nicht nöthig, den Wegfall der Ovulation hier als wesentlichen Factor zu betrachten. Doch muss ich hier einige merkwürdige Facten aus der Thierwelt erwähnen. Bei älteren Rehweibchen sollen die Geweihknollen sich stärker entwickeln, bei manchen Hühnervögeln, besonders den Pfauen, gewinnt das Weibchen nach Aufhören der Ovulation den Habitus des Männchens und legt dessen Federschmuck an.

Der Wegfall der Ovarien durch doppelseitige Degenerationsprocesse giebt uns leider auch wenig Aufklärung über das Verhältniss zwischen Ovulation und Menstruation. In der Mehrzahl der Fälle, in welchen die beiden Eierstöcke bedeutend entartet waren, hörte die Periode auf. Allein es werden doch Ausnahmen hiervon berichtet, und selbst regelmässige Menstruation ist, wie von Spiegelberg, auch da beobachtet worden, wo bei der Section kein Rest normalen Gewebes mehr gesehen werden konnte. Es scheint mir, als wenn man weder auf das Eine, noch auf das Andere besonderen Werth legen dürfe. Die Amenorrhoe lässt sich durch den gleichzeitig cachectischen Zustand erklären, und was die Fortdauer der Periode betrifft, so kann man immer mit Gusserow sagen, es sei möglicher Weise zur Zeit der letzten Menses noch ein Rest gesunden Parenchyms vorhanden gewesen. Ausserdem nimmt ja nicht selten der Uterus und insbesondere dessen Schleimhaut an den in solchen Fällen häufig malignen Processen der Eierstöcke (Sarcom, Carcinom) Antheil. Hierdurch, aber auch durch einfache Stauung können Hämorrhagien entstehen, welche die menstruelle Blutung vorzutäuschen vermögen.

Betrachten wir die Exstirpation beider Ovarien im Alter des Erwachsenen, so stossen wir zuerst auf Berichte aus grauer Vorzeit. Die Lydierkönige, Andromytes und Gyges liessen ihre Haremsweiber castriren. Von dem Letzteren wird als Motiv angeführt »ut iis semper aetate et forma florentibus uteretur.« Viel citirt ist später der Schweineschneider, welcher seiner eigenen Tochter die Eierstöcke wegnahm, um sie von einem allzu starken Geschlechtstriebe zu heilen. Eine der ersten gut beglaubigten Operationen ist die des Wundarztes Pott, welcher beide in Leistenhernien enthaltenen Ovarien exstirpirte. Die Person soll nachher stark, muskulös geworden sein, während die Brüste schwanden und die Menstruation sich verlor. Aus der neuesten Zeit stehen uns nun die Resultate bei doppelter Ovariotomie cystös entarteter Organe, der Hysterotomie und der Exstirpation normaler, oder wenigstens nicht zu umfänglichen Geschwülsten degenerirter Eierstöcke zu Gebote. Man hat jene Resultate neuerdings wesentlich dazu benutzt, um über das Verhältniss zwischen Ovulation und Menstruation ins Reine zu kommen. Ein

Amerikaner, Goodman, hat eine Tabelle entworfen, in welcher er 27 doppelte Ovariotomien zusammenstellt. In der Hälfte sistirte die Menstruation vollständig, 10 Mal dauerte sie regelmässig weiter. Die übrigen Fälle sind nicht gut zu benutzen, indem es sich um irreguläre Blutungen, zeitweise verstärkten weissen Fluss mit Molimina handelte. Unter diesem Rest befindet sich auch eine Operation von Köberle, wobei dieser den Uteruskörper mit beiden Eierstöcken entfernt haben soll, worauf die Periode regelmässig aus dem zurückgebliebenen Stumpfe des Mutterhalses und der Scheide erfolgte. Da dieser Fall auch anderweitig viel citirt ist als sprechender Beweis der Unabhängigkeit der Menstruation von der Ovulation, so habe ich mich an Köberle gewandt, um nähere Auskunft zu erhalten. Derselbe theilte mir gütigst mit, dass das Ganze auf einem Missverständniss beruhe. Der Uterus wurde allerdings entfernt, allein die Eierstöcke blieben zurück und die Person wurde sogar noch schwanger, natürlich extrauterin. Ich habe theils nach eigenen Beobachtungen, theils nach denen von Collegen, welche mir freundlichst Mittheilungen machten, ebenfalls eine Tabelle entworfen, welche ganz andere Resultate ergiebt, als die des Amerikaners. In der grossen Mehrzahl sistirte die Menstruation vollständig, selbst da, wo ich wegen Fibrom des Uterus und profuser Menorrhagie die Ovarien entfernte, wo also gewiss noch eine besondere Ursache zu weiteren Blutungen bestand. In einzelnen Fällen wurde jedoch ebenfalls regelmässige Fortdauer der Menses beobachtet. Ich möchte nun diese Fortdauer auch nach vollständiger Entfernung alles ovulirenden Parenchyms nicht ganz leugnen, allein es scheinen mir sehr erhebliche Quellen der Täuschung hier zu bestehen.

Vor allem bleiben leicht Reste der Ovarien zurück. Jeder Operateur weiss, wie schwierig es ist, in einzelnen Fällen Geschwulst und sogen. Stiel immer richtig zu unterscheiden. Zuweilen sieht man in dem, was man in die Klammer oder die Ligatur gefasst hat, auf der Schnittfläche deutliche Follikel. Waldeyer sah dieselben in der Nähe der Stielinsertion. Der sicherste Beweis für die unvollständige Entfernung ist dadurch gegeben, dass von einigen Beobachtern ein Recidiv des Tumors in dem Stielreste bemerkt wurde. Spencer Wells erwähnt eines solchen Vorkommens und Weinlechner machte mir ebenfalls eine solche Mittheilung. Ausserdem werden sicher häufig ganz andere Tumoren exstirpirt, als solche des Eierstocks. Was ist nicht alles unter dem Namen Ovariotomie aufgeführt worden! Erst neuerdings unterscheidet man die Geschwülste der Parovarien und der Ligamenta lata von denen des Eierstocks. Aber auch fibro-cystische Geschwülste des Uterus, Hydro-pyosalpinx und selbst Tumoren ganz anderer Art und anderen Ursprungs können zur Verwechslung Anlass geben. Vor etwa 1 Jahre exstirpirte ich ein rechtsseitiges kleines Eierstockskystom. Links befand sich eine grosse Cyste, deutlich parovarialen Ursprungs und medianwärts davon eine hühnereigrosse Geschwulst, in der Form einem ver-

grösserten Ovarium gleich, von fester Consistenz, durch einen etwas dickeren Stiel mit dem Uterus zusammenhängend. Sie wurde als degenerirtes Ovarium mit entfernt. Bei der näheren Untersuchung stellte es sich heraus, dass man es mit einem in die Platten des Lig. latum hineingewachsenen Fibrom zu thun hatte. Ein ähnlicher Fall wurde mir von Nussbaum mitgetheilt, bei dem es sich um ein Sarcom handelte, welches von ihm und Thiersch während der Operation als Eierstockgeschwulst betrachtet worden war. Man hat vielfach auch die Gegenwart von Nebeneierstöcken und Anwesenheit von entwickelterem Keimepithel an andern Stellen der Ligamenta lata als Ursache fortdauernder Menstruation bezeichnet. Bis jetzt existirten indess so wenig Beobachtungen einer Mehrzahl der Eierstöcke, dass man dieser Erklärung kaum grosse Bedeutung zuschreiben konnte. Indess scheinen sich die Beobachtungen zu vermehren, und es sind ja in unserer Versammlung wieder zwei Exemplare solcher Verdoppelung von unsern Collegen Winkel und Beigel vorgezeigt worden. — Zu bedenken ist ferner, dass man von den betheiligten Personen durchaus nicht immer die Wahrheit erfährt. Die Frauen halten die Menstruation für ein wesentliches Attribut der Weiblichkeit, dessen sie sich nicht immer gern für verlustig erklären. Personen, bei welchen ich den Uterus kaum als schwaches Rudiment vorfand, erklärten mir, dass sie ganz regelmässig ihre Menses hätten, während die Angehörigen mir versicherten, es sei nie eine Spur davon bemerkt worden. Zuletzt können Blutungen anderer Art, hervorgerufen durch Krankheitsprocesse, die Menstruation vortäuschen, indem sie einen mehr oder weniger regelmässigen, typischen Verlauf annehmen. Wir erwähnten bereits bei Gelegenheit des Climax solcher Hämorrhagien, welche lange Zeit nach Ablauf der Wechseljahre eintraten.

Ausser periodischen Blutungen hat man nun noch nach Exstirpation beider Ovarien Molimina menstrualia, typisches Auftreten eines stärkeren Fluor albus bemerkt. Wir haben uns überzeugt, dass solche Symptome, welche den Climax häufig begleiten, wie fliegende Hitze, plötzliche Röthung des Gesichts, plötzliches Auftreten einer Schweisssecretion etc. zu bemerken sind. Auch haben wir ein Kleinerwerden des Uterus und insbesondere eine ziemlich rasch eintretende und bedeutende Verkleinerung vorhandener fibröser Geschwülste constatirt.

Von Veränderungen im Körpertypus und in einzelnen Organen nach doppelter Ovariotomie ist bei den Autoren nichts erwähnt. Peaslee und Köberle behaupten geradezu, dass davon keine Rede sei. Köberle führt an, dass auch die Sinnesart, die Denkungsweise der Betheiligten sich nicht modificire, die Neigung zum Manne und die Geschlechtslust dauere fort, auch sei keine Tendenz zum stärkeren Embonpoint verhanden. Ich kann nach meinen eigenen Beobachtungen diese Aussagen nur bestätigen, nur scheint es mir, dass eine gewisse Neigung zu stärkerem Fettansatz doch vorhanden sei, auch wenn man dem durch Wegfall des Krankheitspro-

cesses gebesserten Gesundheitszustand Rechnung trägt. Sind keine weiteren Complicationen vorhanden, so ist der Gesundheitszustand der Personen ein ganz vortrefflicher.

Zum Schluss erlaube ich mir eine kurze resumirende Betrachtung über die Rolle, welche das Ovarium in dem menschlichen Organismus spielt. Der Satz propter solum ovarium mulier est, quod est ist entschieden zu scharf gefasst, wenn man denselben in dem Sinne auffasst, dass von dem Eierstock ausschliesslich der Anstoss zur Herstellung des eigenthümlichen weiblichen Körpertypus und der speciellen weiblichen Geschlechtscharaktere gegeben werde. Schon Geoffroy St. Hilaire lehrte die Unabhängigkeit in der Entwicklung der einzelnen Abschnitte des Geschlechtsapparats, und Klebs hat in neuerer Zeit diese Lehre durch die Verhältnisse beim Hermaphroditismus motivirt. Jedenfalls ist es jedoch nothwendig, auch selbst wenn man den Eierstock als wichtigstes Movens annimmt, noch weiter zurückzugehen und nach einem Moment zu suchen, welches bedingt, dass in dem einen Fall eine männliche, in dem andern Fall eine weibliche Keimdrüse zu Stande kommt. Es ist für unsere Betrachtung gleichgiltig, wo diese Ursache sitzt; vielleicht in den Nervencentren. Es ist auch einerlei, ob wir es mit einer einzigen Ursache, oder, was wahrscheinlicher erscheint, ob wir es mit einer ganzen Kette von Gliedern zu thun haben. Wir können hier für unsere Betrachtungen kurzweg von einem geschlechtsbedingenden Moment sprechen. Nehmen wir nun an, dass ursprünglich in jedem Individuum zwei geschlechtsbedingende Momente vorhanden sind, von denen das eine zum Manne, das andere zum Weibe führt, und nehmen wir ferner an, dass diese Momente nicht blos die specifische Keimdrüse, sondern gleichzeitig auch die anderen Geschlechtscharaktere herzustellen suchen, so scheint uns eine genügende Erklärung für alle angegebenen Thatsachen vorhanden zu sein. Die eine Bewegungsrichtung überwiegt für gewöhnlich so, dass nur ein specifischer Typus geschaffen, während der andere verdrängt wird. Es kann dieses Uebergewicht so bedeutend sein, dass, selbst bei Defect oder rudimentärer Ausbildung der ihm zukommenden specifischen Keimdrüse, doch die übrigen entsprechenden Geschlechtscharaktere hergestellt werden. In welcher Art jene Verdrängung stattfindet, ist freilich nicht leicht zu sagen. Wahrscheinlich spielen hier theilweise sehr einfache mechanische Vorgänge. Das Bildungsmaterial wird aufgebraucht, oder es bleibt einfach kein Platz, kein Raum mehr für die Entwicklung des andersartigen Organs. Einen analogen Vorgang der Art finden wir ja bei den Vögeln, bei denen der linke Eierstock durch sein kräftigeres Wachsthum den rechten zur Atrophie bringt, gleichsam todtdrückt. In Ausnahmsfällen, bei nahezu gleicher Stärke der Bildungsmomente, entwickeln sich beiderlei Keimdrüsen, bei der Androgynie und dem Hermaphroditismus lateralis. Allein die gegenseitigen Widerstände machen sich doch geltend, so dass entweder beiderlei Keimdrüsen oder wenigstens eine von beiden schlecht ent-

wickelt und functionsunfähig sind. Bei dem Hermaphroditismus transversalis überwiegt wohl eine Bildungsrichtung, allein das Uebergewicht ist offenbar kein bedeutendes, wie wir schon daran sehen, dass hier die vorhandene Keimdrüse nicht selten schlecht entwickelt, dislocirt und selbst functionsunfähig ist. Bei der ursprünglichen Schwäche der Bewegungsrichtung können leicht zufällige, selbst leichte Widerstände bedeutend einwirken. Es wird dann das andere geschlechtsbedingende Moment zur Geltung kommen, und wir sehen so ein Individuum entstehen, welches einen andern Geschlechtstypus hat, als denjenigen, welcher ihm seiner Keimdrüse nach zukommt. Meist sind freilich Gemische männlicher und weiblicher Eigenschaften in den mannigfachsten Combinationen vorhanden bis zu jenen feinen Nuancen herab, bei denen wir von einem weibischen Mann und einem Mannweibe sprechen.

Haben wir den Satz propter solum ovarium mulier est, quod est als zu scharf gefasst bezeichnet, so können wir doch nicht denen beistimmen, welche eine vollständige Unabhängigkeit in der Herstellung der übrigen Geschlechtscharaktere von der Keimdrüse behaupten. Sicher ist, dass der Eierstock auf die Entwicklung der oberen Abschnitte des Müller'schen Ganges einen bestimmten und bedeutenden Einfluss ausübt. Freilich ist dieser Einfluss kein unbedingter, so dass ausnahmsweise auch einmal ein Uterus bei Abwesenheit der Ovarien vorgefunden wird. Entsprechend jenem Einfluss während der fötalen und kindlichen Entwicklung sehen wir auch in späterer Zeit des Lebens nach erworbenem Defect der Eierstöcke den Uterus atrophiren und seine Function einstellen.

Es ist uns auch nicht unwahrscheinlich, dass das Ovarium bei der Herstellung der anderen Geschlechtscharaktere eine gewisse Rolle spielt. Es ist zwar richtig, dass diese in vollständig weiblichem Typus auch ohne den Eierstock sich auszubilden vermögen, allein damit ist nicht gesagt, dass nicht für gewöhnlich wenigstens ein begünstigender Einfluss der Keimdrüse bestehe. Die Einwirkung braucht ja keine directe, unmittelbare zu sein; das Ovarium kann das beste Mittel, den kürzesten Weg abgeben, auf welchem sich das eigentlich geschlechtsbedingende Moment geltend macht, oder es kann durch sein Bestehen einen Widerstand dem Einfluss des andern geschlechtsbedingenden Momentes entgegensetzen. Leider mangeln uns die Erfahrungen, welche hierüber Aufschluss zu geben vermöchten. Beobachtungen an weiblichen Individuen, welche in der Jugend ihrer Eierstöcke beraubt wurden, oder Experimente an jungen Thieren wären wohl im Stande, solche Aufschlüsse zu gewähren. So sind wir genöthigt die Analogien bei männlichen Castraten herbeizuziehen, welche allerdings für den Hoden einen Einfluss jener angedeuteten Art wohl ausser Zweifel stellen.

Die Veränderungen bei den männlichen Castraten sind zweifacher Art; einmal sehen wir Eigenschaften sich entwickeln, welche das Individuum dem Weibe näher bringen, wie die hohe Stimme, den

Mangel der Barthaare, die schmalen Schultern, die breiten Hüften. Selbst gewisse gemüthliche Eigenthümlichkeiten des Weibes, wie die besondere Liebe zu den Kindern, sollen dem Castraten zukommen. Gurlt giebt an, dass castrirte Bullen zuweilen eine Entwicklung des Euters und Milchsecretion zeigen. Auf der andern Seite sehen wir aber auch Veränderungen, welche ein solches Individuum eigentlich noch weiter von dem weiblichen Typus entfernen, als den Mann. So besitzt nach den genauen Untersuchungen von Merschejewski der männliche Skopze eine grössere Körperlänge, einen stärkeren Brustumfang, als der Mann. Auch seine Arme und merkwürdiger Weise seine Unterschenkel sind länger noch, als beim Mann, während dieser schon in jenen Puncten das Weib übertrifft. Wir haben also hier einmal Modificationen, bei denen wie die Einwirkung eines Momentes annehmen, welches einen weiblichen Typus herzustellen sucht, obgleich eine solche Annahme nicht in Bezug auf alle jener Eigenschaften, besonders nicht solcher, welche wie schlecht Ausbildung des Kehlkopfs, der Mangel Barthaare, mehr negativer Art sind, nothwendig ist. Jedenfalls sehen wir auch Factoren, welche mit einem solchen Moment nichts zu schaffen haben, und welche sich auf besondere, allerdings sehr sonderbar modificirte Ernährungsverhältnisse beziehen.

Nach Analogie mit diesen Erfahrungen beim männlichen Geschlechte ist es nicht unwahrscheinlich, dass bei der Exstirpation der Eierstöcke in der Kindheit auch, wenigstens häufig, Modificationen im ganzen Körper und in einzelnen Organen eintreten würden; selbst wohl solche, welche einer Annäherung an den männlichen Typus entsprechen. Dass solche Veränderungen nicht nothwendig eintreten müssen, dafür sprechen die Beobachtungen bei ursprünglichem Defect und rudimentärer Bildung der Ovarien. Beim Erwachsenen braucht man solche Veränderungen gewiss nicht viel zu fürchten. Es wird hier die Starrheit der Formen und der Gewebe schon als Widerstand eintreten, wenn allenfalls noch eine andere Bewegungsrichtung vorhanden sein sollte. Dass übrigens ausnahmsweise einmal ein solcher Einfluss sich geltend machen könne, möchte ich nicht in Abrede stellen. Der Fall von Pott spricht einigermassen dafür und ausserdem jene merkwürdige Erfahrung, welche man an Pfauenweibchen gemacht hat. Es würde uns dies auch nicht zu wundern brauchen. Sehen wir doch beim Atavismus, wie Bildungseinflüsse, welche durch Generationen hindurch schlummern, plötzlich einmal unter günstigen Umständen sich geltend machen.

---

1. **Schülein.** Ueber intrauterine Injectionen mit Carbolsäurelösungen im Wochenbett.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie. Bd. II. Hft. 1.)

Im Wintersemester 1876—1877 wurden in der Klinik Schröder's 287 Frauen entbunden. Von diesen wurden 201 prophylaktisch

intrauterin post partum ausgespült. Verf. ist mit den Resultaten dieser desinficirenden Injectionen, wie v. Grünewald, Münster und Andere sehr zufrieden und zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse:

1. Die intrauterinen Injectionen sind bei genügender Vorsicht in der Ausführung vollkommen unschädlich; 2. sie beschränken die Todesfälle durch Puerperalinfection um ein Bedeutendes; 3. durch sie kommen schwere Erkrankungen seltener vor, als bei anderer Behandlungsweise; 4. nach den Injectionen fällt die Temperatur manchmal schon nach wenigen Stunden nicht unbedeutend.

Verf. empfiehlt daher mit vollstem Recht die prophylaktischen intrauterinen Injectionen im Wochenbett, da durch sie die Puerperalinfection am besten verhütet und bekämpft wird. Zum Schluss sind eine Anzahl Temperaturcurven bei ein- und mehrmaligen Injectionen beigefügt. **Leopold** (Leipzig).

---

2. **C. Richter.** Ueber Ausspülung der Gebärmutterhöhle mit Carbolwasser und über Salicyl-Behandlung im Wochenbette.

(Mittheilungen aus der Gebäranstalt der Charitè zu Berlin.)
(Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkologie Bd. II. Hft. 1.)

Die über ein halbes Jahr bis jetzt durchgeführte prophylaktisch antiseptische Behandlung des puerperalen Uterus, resp. der Puerperalerkrankungen bestand darin, dass bei Lochienretention, oder bei übelriechenden Lochien, bei Entleerung fauliger Eihautreste, oder bei Steigerung der Körperwärme und Pulsfrequenz durch entzündliche Erscheinungen im Genitalapparat, durch Infection und Resorption von den Wundflächen aus, sofort die Uterushöhle und Scheide mit 3%, später mit 2% Carbollösung 2—3 Mal täglich ausgespült wurden. Daneben Eisblase, eventuell lokale Blutentziehungen; je nach der Schwere des Falles anfangs 1—2 Grm. salicylsaures Natron, später 0,5 Grm. mehrmals täglich.

Resultate sehr befriedigend. Drei ausführliche Tabellen mit Temperaturcurven sind beigefügt. Im Interesse derselben ist auf das Original zu verweisen. **Leopold** (Leipzig).

---

3. **v. Grünewaldt** (St. Petersburg). Zur operativen Behandlung der bösartigen Neubildungen an der Vaginalportion und der Scheide.

(Arch. f. Gynäkologie. Bd. XI. Hft. 3.)

Dass die operative Therapie der carcinomatösen Entartungen der weiblichen Sexualorgane bisher so geringe Erfolge aufzuweisen hat, ist nicht durch die Natur der Erkrankung bedingt, sondern dadurch, dass in den meisten Fällen unvollständig operirt wird. Das Carcinom ist eine locale Erkrankung, durch vollständige Entfernung aller erkrank-

ten Partien wird sie vollkommen geheilt, welche Methode hierbei angewandt wird ist principiell ganz gleichgültig. Aprioristisch am vorzüglichsten ist die von Hegar und Kaltenbach empfohlene trichterförmige Excision, aber sie ist praktisch nicht überall möglich und das Ueberimpfen der Zellen der Neubildung ist zu fürchten. Deshalb wird, trotz der Einwände anderer Autoren die Galvanokaustik eine bessere Methode sein, sie kommt der trichterförmigen Excision insofern nahe, als sie das umfasste Gewebe niemals in derselben Ebene, sondern stumpf-kegelförmig mit nach oben gerichteter Spitze durchschneidet. Die Cardinalregeln für ihre Anwendung sind: die Schlinge über der Insertion der Neubildung anzulegen, den Uterus mit Hakenzangen nicht herabzuziehen und den glühenden Draht langsam durchschneiden zu lassen, um durch einen dicken Aetzschorf eine sicherere Blutstillung zu erzielen.

Die Gefahren während und nach der Operation sind ziemlich gering; unter 50 Operationen kam eine tödtliche Blutung vor (durch Verletzung eines abnorm verlaufenden starken Zweiges der Art hypogastrica). Drei leicht zu stillende Nachblutungen beim Abfall des Schorfes. Pyämie und Septikämie wurde bei 100 Operationen 5 Mal beobachtet. Eine ziemlich häufig eintretende, unangenehme Nebenwirkung der galvanokaustischen Schlinge ist die Verengerung des Muttermundes durch Narbencontraction. Selten erfolgt die Heilung nach der primären Operation, weit häufiger nach rechtzeitig vorgenommenen secundären Eingriffen, bestehend in der sofortigen galvanokaustischen Umstechung jedes neu hervorbrechenden Carcinomknötchens. Ein nicht gering anzuschlagender Vorzug der Glühschlinge gegenüber dem Ecraseur und der blutigen Operation besteht darin, dass durch sie alle im Bereiche des Brandschorfs befindlichen Carcinomzellen vernichtet werden. Für Fälle, in denen die Anlegung der Schlinge Schwierigkeiten macht giebt Verf. den Rath, die seitliche Commissur der Muttermundslippen zu spalten, dieselben zu ectropioniren und dann mittelst Durchstechung derselben mit dem Troikart den Draht hoch über die Geschwulst hinaufzubringen. Indicirt ist die Radicaloperation in allen Fällen, in denen das Scheidengewölbe, die portio supravaginalis und das parametrane Bindegewebe noch frei sind. Sind diese Bedingungen nicht vorhanden, kann man also eine wirkliche Heilung nicht erwarten, so lässt sich doch noch durch eine geeignete locale Therapie das Leiden mindern und das Leben beträchtlich verlängern. In ganz anderer Weise muss die Therapie vorgehen in Fällen, in denen sich die Neubildung nicht als Tumor darstellt, sondern als kraterförmiges stark blutendes und jauchendes Geschwür; hier sind der scharfe Löffel, der messerförmige Galvanokauter und der Paquelin'sche Thermokauter am rechten Orte. Ist auf diese Weise der Zustand der Kranken ein relativ leidlicher geworden, so lässt sich derselbe durch geeignete medicamentöse Behandlung z. B. alle 3—7 Tage wiederholte Application der Salicylsäure in Substanz, in Form einer Glycerinpaste oder als concentrirte Lösung in Alkohol

bedeutend verlängern. Injectionen medicamentöser Stoffe mittelst der Pravaz'schen Spritze werden niemals bei der Behandlung der malignen Neubildungen an der Portio vaginalis eine Rolle spielen.

Schwarz (Halle a/S.).

---

4. **L. Fleischmann.** Ueber Ernährung und Körperwägungen der Neugebornen und Säuglinge.

(Wiener Klinik 1877. Juni u. Juli.)

1. Gewichtsverhältnisse der Neugebornen.

Von Einfluss auf das Anfangsgewicht ist das Geschlecht der Kinder, ferner der Umstand, ob die Mutter eine Erst- oder Mehrgebärende sei und das Alter der Mutter. Der Gewichtsverlust in der ersten Zeit ist eine regelmässige Erscheinung und hängt vielleicht mit der mangelhaften Assimilationsfähigkeit des Kindes in den ersten Lebenstagen zusammen. Der jähe Gewichtsabfall in den ersten Stunden nach der Geburt ist zweifelsohne im Zusammenhange mit der Entleerung der Blase und des Darmes.

Der absolute Gesammtgewichtsverlust beträgt durchschnittlich 222 Grm. Die Dauer der Abnahme nach Quetelet 3, nach Ingerslev 4 Tage, am 8.—9. Tage hat ein gesundes Kind sein ursprüngliches Gewicht wieder zu erreichen. —

2. Tägliche Gewichtszunahme der Säuglinge.

Nach Bouchaud beträgt die durchschnittliche tägliche Gewichtszunahme im 1. Trimester 23, im II. 18, im III. 13 und im IV. 8 Grm. Der Verf. erhielt nach seinen Aufzeichnungen bei einem durchschnittlichen Anfangsgewichte von 3500 Grm. im 1. Trimester 31, im II. 17, im III. 10, im IV. 7 Grm.

Von Einfluss auf die Wachsthumscurve ist die Art der Ernährung; so erzielen schleimige Brühen und auch Fleischbrühen nie mehr als 5—10 Grm. Liebig's Suppe und Loeflund's Extract sind gleich den Resultaten mit Kuhmilch (15—30 Grm. bei 3—6 Monate alten Kindern).

Nestle's Kindermehl hatte bei 3—12 Wochen alten Kindern nur eine Gewichtszunahme von 10—18 Grm. zur Folge. Die schönsten Resultate zeigten sich bei künstlicher Ernährung durch Kuhmilch in Verbindung mit Kalbsthee. Zu den ungünstigsten Einflüssen der körperlichen Zunahme sind alle Krankheiten mit Fieber zu rechnen; schlimm wirken Darmkatarrhe und Cholera mit, die grössten Gewichtsabnahmen finden sich beim Eintreten des Collapses in Folge von Gastro-Enteritis etc. — Die systematischen Körperwägungen sind von grösstem wissenschaftlichen und praktischen Interesse; sie schaffen uns Auskunft über das gleichmässige Fortschreiten der Entwickelung. Einbussen von einigen Gramm täglich sind bereits ausschlaggebend, die Nahrung des Kindes zu ändern und bestimmen den richtigsten Zeitpunct für die Entwöhnung.

In 6 Tafeln lässt nun Verf. eine Reihe von Wachsthumscurven

folgen, die aus systematischen Wägungen während des 1. Lebensjahres hervorgegangen sind. Im Anhange spricht er von den Surrogaten der Muttermilch, lobt die Kuhmilch und warnt vor der Anwendung der condensirten Milch, die meist Rhachitis im Gefolge habe. — **Bandl** (Wien).

---

5. **Valenta.** Ueber den sogen. polypenförmigen inneren Vorfall der Fruchtblase.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie. Bd. XII. Hft. 1.)

Unter gewissen Verhältnissen drängt sich manchmal ein Theil der Fruchtblase birnförmig durch den kaum 2—4 Ctm. weiten Muttermund derart hervor, dass derselbe wie ein gestielter Polyp bis in, ja durch die Schamspalte herabragt. Diesen polypenförmigen inneren Vorfall der Fruchtblase hat V. unter 4614 Geburten 5 Mal beobachtet.

1. Todtgeburt im 8. Monate. Querlage. Vorfall der Fruchtblase mit Strictur des Orif. internum. Tympanitis uteri. Wendung. Genesung.

2. Todtgeburt im 7. Monate. Blasenvorfall bei ca. 5 Ctm. weitem Muttermunde. Künstlicher Blasensprung bei verstrichenem Orificium. Genesung.

3. Todtgeburt im 9. Monate. Vorzeitiges Bersten der bei 4 Ctm. weitem Orif. externum vorgefallenen Fruchtblase. Genesung.

4. Vorfall der Fruchtblase bei 4. Ctm. weitem Muttermunde. Rechtzeitige Geburt eines lebenden Kindes.

5. Todtgeburt im 9. Monate. Vorfall der Fruchtblase resp. deren künstliches Sprengen bei 5 Ctm. Orificialweite.

Bemerkenswerth ist aus diesen Fällen, dass der gestielte Vorfall der Fruchtblase auf ein Abgestorbensein der Frucht hindeutet, dass er eine Strictur des Muttermundes herbeiführt, regelmässig den Geburtsverlauf verzögert und dass die beste Therapie der künstliche Blasensprung ist. **Leopold** (Leipzig).

---

6. **Zweifel.** Die Vaginitis emphysematosa oder Colpohyperplasia cystica nach Winckel.

(Arch. f. Gynäkologie. Bd. XII. Hft. 1. p. 39.)

Anknüpfend an 3 Fälle bespricht Z. die Pathologie der Affection. Bezüglich der Genese schliesst er sich der v. Preuschen'schen Ansicht an (cfr. Centralbl. No. 12). Um die Frage nach der Herkunft des Gases in den Cysten zu beantworten untersuchte er dasselbe: das Nessler'sche Reagens auf Ammoniak gab keine Reaction; dagegen umgab sich ein in Essigsäure getauchter Glasstab in die Vagina der afficirten Personen gehalten mit dichtem Nebel und ist damit bereits Trimethylamin in den Vaginen nachgewiesen; noch wurde ein zweiter Nachweis durch die Identität von aus dem Vaginalsecret dargestellten Krystallen mit bekannten Formen von Doppelverbindungen

des T. geliefert. Der Versuch auf dieselbe Weise in dem den angestochenen Cysten entweichenden Gase diesen Körper nachzuweisen, verunglückte leider. — Trichomonas wurde in dem Vaginalschleim nicht gefunden. Z. hält es überhaupt für wahrscheinlicher, dass ein Infusor die Entwickelung des Trimethylamin nicht erzeuge, sondern dass dasselbe analog wie es bei Chenopodium vulvaria aus drüsigen Organen ausgehaucht werde, so auch den Drüsen der Vagina seinen Ursprung verdanke, und im Falle des Verschlusses ihrer Ausführungsgänge in ihnen zurückgehalten werde und sie dilatire. — Da die Verklebung der Drüsenmündungen nicht ohne Entzündung zu denken sei, sei dadurch die Bezeichnung Vaginitis zu rechtfertigen. Als Therapie empfiehlt Z. Injectionen von verdünnten Säuren.

Küstner (Jena).

---

7. **C. v. Hecker.** Bemerkungen über die Frequenz der Dammverletzungen und des engen Beckens.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XII. Hft. 1. p. 89.)

Bekanntlich waren die meisten neuen Autoren der Ansicht, dass die Dammrisse viel häufiger vorkämen als v. H. meinte. Die grosse Differenz in den Angaben war verschieden erklärt, oder sogar als Beobachtungsfehler gedeutet. Gegen diese Annahme wendet sich Verf. und bringt mehrere Gründe, welche die Differenz erklären. Zunächst sind jetzt in München bedeutend mehr Erstgebärende aufgenommen, dadurch ist der Procentsatz der Dammrisse von 2% und 3,66% auf 9,8% in die Höhe gegangen. Doch auch diese Zahl ist viel geringer als die Winkel's 14% und Olshausen's 21,1%. Deshalb liegt die Sache nach dem Verf. factisch so, dass in München weniger Dammrisse vorkommen als anderswo, und zwar wird dieser Umstand durch folgende Gründe plausibel: 1. besitzt die Anstalt eine grosse Menge zahlender Schwangeren. Obwohl absolut mehr Dammrisse auf dieser Abtheilung vorkamen, so ist wegen der vielen Erstgebärenden der relative Procentsatz doch geringer als bei den nicht zahlenden. Zu den Zahlenden haben die Studirenden keinen Zutritt. 2. ist die Münchener Anstalt im glücklichen Besitz einer ausgezeichneten Oberhebamme. Dieselbe ist so geschickt, dass Dämme durch sie erhalten wurden, von denen selbst der erfahrene Verf. bestimmt glaubte, dass sie reissen würden. 3. dürfen nur geübte Praktikanten den Damm schützen, und auch diesen secundirt die diensthuende Hebamme. 4. wird die Seitenlage angewendet. Ref. möchte an den Punct anknüpfen, wo Verf. neben dem langsamen und allmäligen Hervortretenlassen des Kopfes die seitlichen Incisionen nennt. Vielleicht würde eine völlige Klarheit dann erzielt werden, wenn beim Procentsatz der Dammrisse stets die Häufigkeit der seitlichen Insisionen oder der Discission des Sphincter cunni erwähnt würde. Sicher wird mancher »natürliche« Dammriss durch »künstliche« verhütet, letztere müssen dann aber auf irgend eine Weise mit berücksichtigt werden.

Am Schluss tritt Verf. noch für seine niedrigen Zahlen der engen Becken ein. Auch hier wird die Möglichkeit eines Beobachtungsfehlers zurückgewiesen. Früher hatte Verf. blos 0,9% enge Becken gefunden. In neuerer Zeit wurden sehr genaue Messungen vorgenommen und 19,3% enge Becken constatirt. Allerdings waren die Becken nur sehr wenig verengt, so dass von den 58 Fällen die Geburt 44 Mal ohne Kunsthülfe verlief. Die Seltenheit der engen Becken geht auch aus dem Umstand hervor, dass in München nur 1 Perforation auf 907 Geburten kam. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

8. **H. Fasbender.** Ueber Verletzung und Schutz des Dammes.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie. Bd. II. Hft 1.)

Von den 300 Fällen, welche Verf. aus dem Material der Gebärabtheilung des Charitékrankenhauses zu Grunde legt, waren 150 Erst- und 350 Mehrgebärende. Bei den ersteren fanden sich Dammrisse in 14%, bei den letzteren in 10,6% (Schröder, Kleinwächter). Bei den Erstgebärenden war in 37% ein intactes Frenulum (Schröder 39%). Die Frequenz der Dammrisse nahm bei ihnen mit dem höheren Alter zu in einer Progression von grosser Regelmässigkeit. In $^2/_3$ der Fälle wurde eine Dammlänge von 3 Ctm. und darunter constatirt, während sich bei den Mehrgebärenden das Verhältniss der Dämme, die eine Länge von 3 Ctm. und weniger hatten, zu zu den längeren wie 4 : 1 darstellt. In den Fällen von Dammrissen bei Erstgebärenden war der mittlere Kopfumfang 34,46 Ctm., in der Mehrzahl der Fälle waren die Köpfe kleiner (Liebmann, Hecker). Betreffs des Geschlechtes fand Verf. die Mehrzahl der Rupturen bei Knaben. Die Durchschnittslänge der Verletzung resp. der Narbe betrug am 11. Tage post partum noch 1,8 Ctm. Puerperalgeschwüre fanden sich bei den Erstgebärenden in 56%, bei den Mehrgebärenden in 19,3%.

Zum Schutz des Dammes wendet Verf. die linke Seitenlage an. Beim Einschneiden des Kopfes wird der Daumen der rechten Hand hoch in den Mastdarm gebracht, während Zeige- und Mittelfinger in der Schamspalte das Hinterhaupt umgreifen. Sie ziehen das Hinterhaupt herunter und halten während der Wehe den Kopf zurück. In der Wehenpause wird derselbe mit dem Daumen und dessen Ballen vom Rectum und von der hinteren Partie des Dammes aus nach vorn oben gedrückt. **Leopold** (Leipzig).

---

9. **Köberlé.** Bauchnaht.

(Gaz. méd. de Strassbourg 1877. April 1.)

K. spricht über seine Methoden der Vereinigung der Bauchwunde durch die Naht nach der Gastrotomie. Er legt jedesmal 2 Reihen von Nähten, eine tiefe und eine oberflächliche, welche letztere ausschliesslich die Haut fasst. Als tiefe Sutur wandte er lange Zeit die von ihm angegebenen Zapfennähte an. Diese haben den Vorzug

der Festigkeit, indem sie sehr breite Theile der Wunde in innige Berührung bringen, veranlassen jedoch leicht Eiterung längs der alle Partien der Gewebe durchziehenden Fäden. Dieser Uebelstand bewog K. in letzter Zeit eine andere Methode anzuwenden; er sticht in der Wundlippe selbst ein, fasst mit den Fäden nur die sehnigen Membranen der Linea alba, also weder subcutanes Gewebe, noch Muskel, noch endlich Peritoneum, kommt am Rande der anderen Wundlippe wieder heraus und schnürt einen festen Knoten über den Fascien, welcher also in der Tiefe der Wunde liegt. Die beiden Fäden werden zur Wunde herausgeführt, ihre Enden geknotet und neben der Wunde auf die Bauchhaut gelegt. Darüber werden dann die oberflächlichen Suturen applicirt. Die tiefen Fäden bleiben so lange liegen, bis sie sich von selbst lösen. Bei diesem Verfahren können gleich am ersten Tage die sogen. Collodiumsuturen angelegt werden. Dieselben bestehen aus Schnüren, deren eines Ende der Reihe nach und symmetrisch zu den Seiten der Wunde mit Collodium befestigt wird, worauf die freien Enden über der Wunde geknotet werden. Hierdurch wird einer Zerrung oder einem Aufplatzen der Wunde bei Bauchbewegungen oder Unruhe der Patientinnen mit Erfolg vorgebeugt. K. wendet dies Verfahren, dessen Einfachheit und Solidität er rühmt, seit dem Jahre 1874 an und hat nur gute Erfolge davon gesehen. **Runge** (Strassburg i/E.).

---

10. **W. A. Gordon** (Hannibal, Missouri). Hydractis Canadensis bei Uterinblutungen, Menorrhagie und Dysmenorrhoe.

(Chicago med. Journ. u. Exam. 1877. Aug.)

Verf. hat seit 10 Jahren die Tinctur der frischen Wurzel der Hydractis bei Menorrhagieen mit grossem Erfolge angewendet und gebraucht jetzt selten ein anderes Mittel in diesen Fällen. Bei heftigen Blutungen aus irgend welcher Ursache giebt er 20 bis 30 Tropfen der Tinctur alle 20 Minuten bis die active Blutung vermindert ist, und fährt dann in 2—5 Tropfen Dosen alle 2—4 Stunden fort, so lange es nöthig erscheint. Bei bedeutender Schwäche verbindet er mit der Hydractis die Tinctura cinchonae flavae in ,5—8 Tropfen Dosen, und hat nie die auf Secale so oft folgenden unangenehmen Magen- und Hirnsymptome gesehen.

Bei Menorrhagie giebt Verf. 2—5 Tropfen der Tinctura Hydractis in Wasser alle 2—3 Stunden oder öfter, auch in grösseren Dosen wenn nöthig, bis der Fluss auf die Norm reducirt ist, und fährt dann in 2 Tropfen Dosen zweimal täglich fort bis zur nächsten Periode; ist dieselbe dann noch übermässig, so werden wieder die stärkeren Dosen gegeben.

Bei Dysmenorrhoe, von chronischer Endometritis herrührend, also conjestiva, giebt Verf. die Tinctura Hydractis mit einer wässerigen Lösung von Brom (gtt. 1 auf Aq. dest. O, 1), gleiche Theile, hiervon 15—20 Tropfen 3 Mal täglich, und wenn Unruhe herrscht

auch vor dem Schlafen. Grössere Dosen werden selten vertragen, und muss die Verabreichung des Broms sehr sorgfältig überwacht werden. Sehr nervöse Personen werden besonders leicht davon beeinflusst.

P. F. Munde (New-York).

---

11. **James H. Southall** (Little Rock, Ark.). Ein Fall von Abdominalschwangerschaft, Laparotomie, Heilung.

(Virga med. Monthl. 1877. Sept.)

Die Ueberschrift giebt so ziemlich die Krankengeschichte. Pat., Negerin, war 30 Jahr alt; 4 Kinder und eine Fehlgeburt. Von der Empfängniss bis zur operativen Entfernung des Kindes waren 26 Monate verflossen. Zehn Tage nach dem normalen Schwangerschaftstermin stellten sich Wehen ein, verbunden mit Metrorrhagie, während die Kindesbewegungen nach und nach aufhörten. Allgemeinbefinden ziemlich gut, bis allmälig häufig recurrirende Becken- und Abdominalschmerzen die Kräfte der Patientin angriffen. Bei der Operation fand man den Fötus abgekapselt in der Bauchhöhle liegen, überall der Kapsel fest adhärent, so dass er stückweise entfernt werden musste. Die Wandungen des Sackes wurden mit den Bauchdecken vernäht, Drainage am unteren Wundwinkel erhalten, desinficirende Einspritzungen gemacht, und allmälig schloss sich die ganze Höhle durch Granulation. Patientin erholte sich vollkommen.

P. F. Munde (New-York).

---

12. **B. R. Helms** (Sullivan, Indiana). Fall von Einkeilung beider Köpfe bei einer Zwillingsgeburt.

(Americ. Practitioner 1877. Sept.)

Pat. war 34 J. alt, Primipara. Nach dem Blasensprung bei eröffnetem Muttermunde fand Verf. den linken Tuber ischii vorliegend. Da die Wehen unausgiebig waren, wurde 8 Stunden später Secale gegeben, wonach das Kind mässig schnell bis an den Hals geboren wurde. Da jedoch die Geburt hier vollständig stockte, untersuchte Verf. und fand den Kopf eines zweiten Kindes präsentirend und auf den Hals des erstern drückend. Nach vergeblichen Versuchen, die Köpfe zu lösen, oder die Wendung auszuführen, wurde in Anbetracht der zunehmenden Schwäche der Mutter beschlossen, den Kopf des zweiten Kindes zu perforiren. Dies geschah und das Kind wurde mit dem stumpfen Haken extrahirt; das schon längst todte erste Kind wurde dann leicht manuell entwickelt. Heftige Nachblutung durch Compression und Tr. Opii gestillt. Einfache Placenta. Pat. starb am 10. Tage an puerperaler Peritonitis. Verf. sagt, dass er in einem ähnlichen Falle künftighin nicht zögern würde, den Hals des ersten Kindes zu durchschneiden und dann den zweiten Kopf mit der Zange zu entwickeln, in der Aussicht, wenigstens zwei Leben zu retten, anstatt alle drei zu verlieren.

P. F. Munde (New-York).

Casuistik.

13. **Rose.** 4 geheilte Uterusrupturen bei einer Frau.
(Chicago méd. journ. and examiner. Journ. de méd. et de chir. prat. Bd. XLVIII. Hft. 9. p. 413.)

Wir referiren die folgende Geschichte, verwahren uns aber gegen den Verdacht, sie zu glauben:

Pat. 32 Jahr alt, Mutter von 2 Kindern. Nach 5stündiger Geburtsdauer am 1. Juni 1869 alle Symptome der Uterusruptur, beim Eindringen wird eine Uterusruptur entdeckt, durch welche das Kind aus der Abdominalhöhle extrahirt wird. Nach 1 Monat ist Pat. geheilt. Am 1. April 1872 derselbe Geburtsverlauf. Am 20. Mai 1874 wird Rose erst 2 Tage nach Zustandekommen der Ruptur gerufen. Er fühlt durch den Riss gehend den Kopf zwischen den Därmen, stösst ihn weg, gelangt an die Beine, extrahirt ein macerirtes Kind und fühlt wiedereingehend, die transversale, schnittartige Ruptur! Gutes Wochenbett! Am 28. Febr. 1876 war das Kind wieder in die Unterleibshöhle getreten. Diesmal gelang es sogar ein lebendes Kind zu extrahiren. Normales Wochenbett! **Fritsch** (Halle a/S.).

14. **Trenholme.** Exstirpation des Uterus wegen eines Fibroids.
(Amer. Journ. of obstetr. 1877. Juli p. 452.)

Der Tumor mit Uterus wog 2 Pfund, die Abtrennung erfolgte etwa 1 Zoll über dem äusseren Muttermunde mit dem Drahtecraseur. Tod 50 Stunden nach der Operation unter peritonitischen Erscheinungen. Section ergiebt nur etwas blutig-seröse Flüssigkeit im Becken. Obgleich darin nicht die Todesursache gesucht wird meint T. doch dass, eine Drainage durch die Cervix zweckmässig gewesen wäre. **Küstner** (Jena).

15. **Chadwick.** Ein eben entbundener Uterus mit noch adhärenter Placenta.
(Amer. Journ. of obstetr. 1877. Juli p. 448.)

Ch. präsentirt der geburtshülflichen Gesellschaft zu Boston genanntes Präparat, und glaubt durch dasselbe folgende 3 Sätze bewiesen zu finden.

1) Persistenz des inneren Muttermundes während der ganzen Schwangerschaft, 2) enorme Ausdehnung der Cervix während der Geburt, 3) completes Verstreichen des inneren Muttermundes während der Passage des Kindes.

(Dä der innere Muttermund an die Grenze des deutlichen Arbor vitae verlegt wird, jede weitere genauere anatomische Untersuchung bezüglich der Chorionanheftung, der Deciduagrenze nach unten, endlich auch die Angabe ob Erst- ob Mehrgebärende, fehlt, so dürfte Satz 1 allgemeine Gültigkeit auch durch dieses Präparat wohl nicht erlangen. Ref.) **Küstner** (Jena).

16. **de Raure.** Neue Beobachtungen über Vaginismus.
(Mittheilung an die Académie de médecine de Paris. Annales de Gynékologie 1877. Juni.)

Verf. tritt gegen die Ansicht von Sims auf, welcher die Hyperästhesie der Vulva und den Vaginismus oder die spasmodische Contraction der Vagina als ein und dieselbe Affection betrachtet. Beide sind vielmehr scharf zu trennen. Zum Beweis werden einige Krankengeschichten mitgetheilt. In der einen Reihe von Fällen war die Vulva, namentlich die innere Fläche der Labien ganz ausserordentlich schmerzhaft, dagegen konnte man ohne irgend welche Schwierigkeiten den Finger oder ein Speculum in die Vagina einführen; in der anderen Reihe war die Vulva unempfindlich, jedem Versuch jedoch einen Gegenstand in die Vagina einzuführen stellte sich eine krampfhafte Contraction der Muskulatur entgegen.

Die Therapie wird demnach auch eine verschiedene sein müssen.

Schellenberg (Leipzig).

17. **Trush.** Ein Fall von Retention der Placenta nach einer rechtzeitigen Geburt. — Klinische Bemerkungen.

(Amer. Journ. of obstetr. 1877. Juli p. 389.)

T. referirt sehr ausführlich einen Fall, wo bei einer Primipara nach normaler Geburt es nicht möglich war die Placenta weder zu exprimiren noch manuell zu lösen, weil die Finger nicht zwischen den Rand derselben und die Uteruswand eindringen konnten. Nach 3 vergeblichen Versuchen, — es war im Wesentlichen nur gelungen, mit der Nabelschnur aus dem Centrum der Placenta ein Stück auszureissen, entschliesst sich T. die Placenta im Uterus zu lassen. Wochenbett verläuft mit leichter peritonitischer Reizung — fötide Lochien — Carbolirrigation der Vagina. Schliesslich wird Patientin gesund und ist bei einer genauen Beobachtung von Seite der Patientin und des Arztes ausser 2 unbedeutenden Stückchen (etwa 3 Unzen) im Wochenbett nie der Abgang von grösseren Placentarresten bemerkt worden. Patientin hat schon wieder concipirt. — Indem T. sich über den Grund der Adhäsionen unentschieden ausspricht ist er der Ansicht, dass das Ausbleiben der Ausscheidung der Placenta nur einer Möglichkeit Raum gebe, der Resorption derselben. Er fügt die Notizen von 4 früher beobachteten Fällen bei (Naegele 2, Villeneuve, Procher), in zweien davon war die auch in diesem Falle beobachtete stundenglasförmige Contraction des Uterus um die Placenta herum notirt.

Küstner (Jena).

18. **Lamadrid.** Ueber den Einfluss der Medicinen besonders der Narkotica durch die Mutter auf das ungeborene Kind.

(Amer. Journ. of obstetr. 1877. Juli p. 466.)

Eine Primipara gebiert ein todtes Kind, sie giebt an, dass die Bewegungen aufgehört zu einer Zeit wo sie gegen eine Facialneuralgie eine Medicin eingenommen hätte. Es stellt sich heraus, dass dieselbe bestand aus Morph. sulfur. 0,06, 30 Syrup, diese Dosis ist in 2 Tagen aufgebraucht und dann reïterirt worden. — Das Examen auf Lues bestand nur in der Anamnese der Eltern und Besichtigung der Placenta.

Küstner (Jena).

19. **Coleman.** Fall von Septum in der Vagina als Geburtshinderniss.

(Amer. Journ. of obstr. 1877. Juli p. 459.)

Das Septum etwa 2 Zoll über der Vulva hatte 2 seitliche Oeffnungen. Die Brücke zwischen beiden wurde zerschnitten. Forceps. C. vermuthet hier Erblichkeit der Missbildung, da er erfährt, dass zwei Tanten der Patientin auch an einem »Geburtshinderniss« gelitten hätten.

Küstner (Jena).

20. **G. Stehberger.** Die Steissrückenlage in der Geburtshülfe.

(Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. II. Hft. 1.)

Verf. hat die von Simon sogenannte Steissrückenlage mit flach liegendem oder etwas erhöhtem Oberkörper und rechtwinklig gebeugt in die Höhe gehobenen Knieen auch bei einigen geburtshülflichen Operationen angewandt (besonders bei Operationen am hochstehenden Kopf, für die innere Beckenmessung, für die Naht frischer höherer Damm- und Scheidenrisse) und stellt folgende Thesen auf: a) Die gewöhnliche, seither übliche Rückenlage ist nur bei leichten und nur durch Wehenschwäche veranlassten Beckenausgangs-Zangenextractionen Mehrgebärender, wenn keine Gefahr eines Dammrisses vorliegt, statthaft. b) Bei der Beckenausgangszange Erstgebärender und bei zu fürchtendem Dammriss ist Seitenlage oder Steissrückenlage vorzuziehen. c) Bei Operationen am hochstehenden Kopfe, besonders aber bei schwieriger Zangenextraction und bei Hängebauch ist die Steissrückenlage die zweckmässigste. d) Sie eignet sich auch am besten zur Naht frischer, hochgehender Damm-Scheidenrisse, sowie zur inneren Beckenmessung.

Leopold (Leipzig).

21. **Colucci.** Della Endometrite.

(Il morgagni 1877. Januar—Mai.)

Ein sehr langer Aufsatz über den Katarrh des Uterus, der nichts wesentlich neues enthält. Die Anschauungen des Verf. sind die allgemein giltigen. — Die Symptomatologie des acuten Katarrhs des Corpus scheint theoretisch erdacht; dagegen ist die Symptomatologie der Endometritis durch Tripperinfection sehr genau durchgeführt. — Die Therapie des chronischen Katarrh ist viel zu allgemein gehalten und scheint nicht auf eigenen Erfahrungen zu beruhen. Verf. glaubt, dass intrauterine Injectionen nie schaden können, wenn sie mit den gehörigen Cautelen ausgeführt wurden (genügende Weite des Uteromuskelkanals, keine Flexion vorhanden etc.); dagegen verwirft er in allen Fällen die Curette.

Liebman (Triest).

22. **Pingler.** Die rationelle Anwendung des kalten und temperirten Wassers bei Schwangeren, Kreisenden und Wöchnerinnen.

Giessen, **Emil Rothe**, 1877.

Verf. behandelt das Thema ganz vom einseitig hydrotherapeutischen Standpunkte aus, den er als Schüler und begeisterter Anhänger von Priessnitz, »dem Arzte von Gottes Gnaden« zu seinem eigenen gemacht hat. Die Anordnung des Stoffes entbehrt jeder Uebersichtlichkeit, die Schreibweise ist nicht eine solche, wie man sie in einer wissenschaftlichen Abhandlung erwarten darf. Die medicinischen, speciell geburtshülflichen Anschauungen des Verf. sind von denen der modernen Wissenschaft doch etwas zu weit entfernt, als dass man ihm das Recht zuerkennen könnte, in derselben mitzusprechen. Verf. beklagt sich, dass die Regierung seine Thätigkeit, namentlich seine Methode der Hebammenerziehung mit Misstrauen betrachtet habe; es ist zu verwundern, dass sie es dabei hat bewenden lassen.

In die Details einzugehen, hat nach dem Gesagten keinen Zweck. In allen Capiteln findet man »das grosse Mittel«, das kalte Sitzbad wieder, dessen Anwendung namentlich in der Nachgeburtsperiode vom Verf. besonders befürwortet wird; beim Lesen der dieses Verfahren illustrirenden Krankengeschichten kann man wirklich das Gruseln lernen. Auch der ganze übrige hydrotherapeutische Apparat wird in seiner Anwendung vorgeführt, ob jedoch rationell, wie der Titel verspricht, möchten wir nicht behaupten. Den Schluss bildet ein Prospect der Wasserheilanstalt des Verf.

Schellenberg (Leipzig).

23. **Campell.** Ueber die unmittelbare Narkose des Uterus während der Anästhesie Gebärender.

(Journal de thérapeutique 1877. No. 15 u. 16.)

In diesem, mit Citaten, Wiederholungen und Phrasen überreich ausgestatteten und dadurch für seinen Inhalt sehr umfangreichen Aufsatz, sucht Verf. nachzuweisen, dass selbst bei ganz geringen Graden von Chloroformnarkosen Gebärender, bei denen das Bewusstsein noch vollständig vorhanden, doch eine Verminderung in der Häufigkeit, der Intensität und der Dauer der Uterincontractionen auftrete, namentlich in den ersten Perioden der Geburt, und dass dieselbe ihren Grund in einer directen Einwirkung des im Blute circulirenden Chloroforms auf die nervösen und contractilen Elemente der Uteruswandungen habe.

Schellenberg (Leipzig).

24. **C. B. Ruttledge.** Ueber die Complication der Schwangerschaft und Geburt mit Gebärmutterkrebs.

Inaug.-Diss. Berlin 1876.

R. vergleicht die 8 ihm von der geburtshülflichen Klinik in Berlin zur Verfügung gestellten Fälle mit den grössten Zusammenstellungen in der Literatur. Er sucht, was die Behandlung anbetrifft die Aufgabe des Arztes in solchen Fällen in der Rettung des Kindes; er verwirft den künstlichen Abort und die künstliche Frühgeburt. Die Entfernung der Geschwulst während der Schwangerschaft erscheint

zulässig wenn dringende Symptome sie erheischen oder die vollständige Exstirpation möglich; es erfolgt nicht immer Abort nach solchen Eingriffen, in 5 von R's Fällen blieb die Schwangerschaft erhalten. **A. Martin** (Berlin).

25. **E. Genrich.** Ueber die Melaena neonatoum.

Inaug.-Diss. Berlin 1877.

Verf. hat 2 einschlägige Fälle mitzutheilen — aus der geburtshülflichen Klinik in Berlin; das erste Kind genas nachdem nur 1 Mal, 36 Stunden post partum, Erbrechen blutiger Masse und drei blutige Stühle aufgetreten waren. Das andere Kind war 20 Stunden alt als plötzlich Collaps eintrat, in dem der Tod erfolgte. Hier fand sich ein ulcus rotundum et annulare duodeni perforans, ausserdem eine Apoplexia meningealis ruptura tentorii cerebelli superficialis und eine Fissura proc. orbit. oss. front. sinistr. — Das Kind war mit der Zange extrahirt worden. Da sich bei beiden Kindern keine Störung im ersten Athemzuge und kein Grund für eine Thrombose der Art. pancreatica post partum vorfand, verlegt Verf., im Gegensatz zu Landau (die Entstehung des Ulcus versetzt er in die Zeit des intrauterinen Lebens), die Thrombose der Arteria pancreatica in die Zeit vor der Geburt, sei es nun dass sie entstehe etwa durch Atherose der kindlichen Gefässe oder durch ein Hämatom, wie sie an den kindlichen Herzklappen sich so häufig finden.

A. Martin (Berlin).

26. **Veit** (Berlin). Ueber den Zusammenhang der Hämatocele mit der Tubenschwangerschaft.

(Deutsche Zeitschrift für prakt. Medicin 1877. No. 34.)

Verf. ist der Meinung, dass die Ruptur eines extrauterinen Fruchtsackes, namentlich eines in der Tube entwickelten, eine viel häufigere Ursache der Hämatocele sei, als man bisher angenommen. Obwohl sich ein sichrer Beweis dafür sehr selten, oft nicht einmal in Fällen, in denen der Inhalt nach aussen durchbricht oder die zur Section kommen, beibringen lässt, so betrachtet er doch die Diagnose als sehr wahrscheinlich, wenn eine Frau, die sich einige Monate schwanger glaubte, plötzlich ohne vorausgegangenes Trauma, unter den Symptomen einer Hämatocele (plötzlich eintretende Ohnmacht, peritonitische Erscheinungen etc.) erkrankt und in den nächsten Tagen von dem sonst leeren Uterus eine Decidua ohne Chorionzotten ausgestossen wird. Zur Begründung seiner Ansicht führt er einige, theils von andern Autoren, theils selbst beobachtete Fälle an. Derartig entstandene Hämatocelen sollen eine grosse Neigung zum Durchbruch haben, wahrscheinlich wegen des eigenthümlichen Inhalts. Wenn seine Meinung richtig ist, so werden fortan die Tubenschwangerschaften weit weniger zu fürchten sein als bisher.

Schwarz (Halle a/S.).

27. **Münster** (Königsberg i/Pr.). Zur Behandlung der Uterusfibrome mit subcutanen Ergotininjectionen.

Nach Hildebrandt's Angaben können muskel- und gefässreiche, dicht unter der Schleimhaut sitzende Fibrome, bei im Uebrigen gesundem Uterus, durch ausdauernde Behandlung mit subcutanen Ergotin-Injectionen, zur vollständigen Resorption gebracht werden, während bei den subserösen und intramuralen Tumoren nur eine Verkleinerung und Regelung der Menstruation sich erzielen lässt.

Verf. theilt 2 Fälle mit, von denen der 1. ein über kindskopfgrosses subperitoneales Fibrom betrifft, welches ausserordentlich profuse Blutungen veranlasste, durch 303 in die Bauchhaut gemachte Injectionen von Rp. Extract. sec. cornut. bis depurat. 3,0:15,0, bis auf Faustgrösse zurückging, worauf die Menses wieder den völlig normalen Typus annahmen. Der 2. betrifft ein submucöses Fibrom, welches als über wallnussgrosser Tumor anfangs breit unter der Schleimhaut aufsass, nach 70 Injectionen als gestielter fibröser Polyp durch das Orificium int. uteri durchtrat, so dass er mit dem Ecraseur entfernt werden konnte. Ueble Nebenwirkungen der Injectionen, abgesehen von der Schmerzhaftigkeit, wurden nicht beobachtet.

Schwarz (Halle a/S.).

28. **Lusk.** Morphium während der Geburt.

(Amer. Journ. of obstetr. 1877. Juli p. 414.)

L. kommt nach 11 Versuchen, die er an gebärenden Frauen hat anstellen lassen zu dem Schluss, dass Morphium während der Geburt in ziemlich starker, hypnotischer Dosis gegeben einen Einfluss auf das Kind nicht hat, sofern dasselbe keine Intoxicationsphänomene zeigte. Diese 11 Kinder wurden verglichen mit 8 unter normalen Verhältnissen geboren und besichtigt auf 1) Respirationsfrequenz, 2) Pulse vor und nach der Geburt, 3) Pupillengrösse, 4) eventueller Grad von Asphyxie. Puls- und Respirationsfrequenz war bei den von narkotisirten Müttern geborenen Kindern etwas grösser als bei den anderen, jedoch unbedeutend, so dass der Unterschied in Anbetracht der geringen Anzahl der Beobachtungen als accidentell angesehen wurde. Nur dann sei ein — in diesem Falle jedoch günstiger — indirecter Effect auf das Kind zuzugestehen, wenn das Morphium gegen Krampfwehen gegeben sei. — **Küstner** (Jena).

29. **Krone.** Ueber die Bedeutung des Pressschwammes in geburtshülflicher und gynäkologischer Beziehung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 40.)

Verf. hält im Gegensatz zu Anderen den Pressschwamm für durchaus ungefährlich. In der Geburtshülfe wendet er ihn vorzugsweise an, um bei Blutungen und noch nicht erweitertem Muttermunde zu tamponiren und zugleich letzteren zu erweitern, und zieht diese Methode der Tamponade mit Watte wegen der grösseren Zuverlässigkeit der Doppelwirkung und der geringeren Schmerzhaftigkeit wegen vor. Auch bei Blutungen nach der Geburt von Placentar- oder Eihautresten herrührend findet der Pressschwamm eine ausgedehnte Anwendung.

In der Gynäkologie wendet Verf. den Pressschwamm besonders bei Sterilität in Folge einer Stenose des Cervicalcanales mit zugleich vorhandenem Uterinkatarrh an und fügt nach der Erweiterung adstringirende Injectionen an. Auch ein Fall von epileptiformen Anfällen vor der Menstruation, bedingt durch Stenose, wurde geheilt.

Eine weitere Anwendung des Pressschwammes ist die Unterstützung und Vorbereitung zu intrauteriner Operation. Den häufigsten Gebrauch davon macht Verf. bei Lageveränderungen des Uterus complicirt mit chronischem Infarct. Verf. glaubt, dass der chronische Infarct mit Ausnahme weniger Fälle auf ungenügende, oder vielmehr unterbrochene Involution im Wochenbett zurückzuführen sei und dass der Pressschwamm durch seine aufsaugende Eigenschaft die Kraft hat gewissermassen den unterbrochenen Lochialfluss wieder hervorzurufen und die noch nicht erreichte Involution des Uterus zu vollenden. **Schellenberg** (Leipzig).

30. **Dockhmann.** Studie über die Entzündung der hinfälligen Haut während der Geburt.

(Annales de Gynécologie 1877. Sept.)

Verf. sucht an einem Fall, bei dem er sowohl die klinische Beobachtung als auch die anatomische Untersuchung machen konnte, besonders nachzuweisen, dass die Diagnose der Endometritis decidualis acuta während der Geburt möglich sei; das auftretende Fieber, die immer zunehmende Wehenschwäche und die eitrige Secretion der Uterinhöhle stellen sie sicher. Können die Naturkräfte die Geburt nicht rasch zu Ende führen, so muss dies künstlich geschehen, da ein Uebergreifen der Entzündung auf das Gewebe des Uterus und das Peritoneum zu fürchten ist. Der Ausgangspunkt ist die Decidua vera, besonders die Oberfläche, welche der Decidua reflexa zu liegt; die Eihäute spielen nur eine passive Rolle dabei; im vorliegenden Falle war es z. B. noch nicht zu einer Infiltration des Amnions gekommen. **Schellenberg** (Leipzig).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S., an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Erster Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 10 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 18. **Sonnabend, den 24. November.** **1877.**

Inhalt: I. **Roth** (Eutin), Ueber das Erbrechen der Schwangeren. (Original-Mittheilung.) 1. **Kehrer**, Lufteintritt in den Darmcanal. — 2. **Martin**, Leitfaden. — 3. **Kuhn**, Bericht. — 4. **Münster**, Therapie der Steisslagen. — 5. **Egli-Sinclair**, Gebärmuttervorfall. — 6. **Pallen**, Incision des Cervix. — 7. **Mahmoud Sidky**, Retroflexio. — 8. **Collins**, Parenchymatöse Ergotininjectionen. — 9. **Röhrig**, Fibrome. — 10. **Doepner**, Endocarditis. — 11. **Hensen**, Beitrag zur Morphologie. — 12. **Rauber**, Monstra. — 13. **Palaillon**, Missbildungen. — 14. **Liebman**, Dipygus. — 15. **Hubbard**, Hymen imperforatus. — 16. **Jamieson**, Chinesische Eunuchen. — 17. **Schönberg**, Osteomalacie. — 18. **Hirschsprung**, Verschluss des Ductus choledochus. — 19. **Verrier**, Alte Erstgebärende. — 20. **Dreyfous**, Glandula obturatoria. — 21. **Chavanis**, Nierentuberkulose etc. — 22. **Rothe**, Carcinoma ovarii. — 23. **Athill**, Ovariotomie. — 24. **Church**, Hemiplegie nach Zange. — 25. **Walker**, Chinin.

I. Ueber das Erbrechen der Schwangeren.

Von

Physicus Dr. **Roth** zu Eutin.

Die Uebelkeit und das Erbrechen der Schwangeren ist bekanntlich eine häufige, unter den verschiedensten Formen von gastrisch-cerebro-spinalen Erscheinungen sich darstellende Krankheit, deren nächste Ursache eine ungewöhnliche, gesteigerte, durch Schwängerung hervorgerufene Lebensthätigkeit ist, die sich durch Nervenfortleitung über sämmtliche Organe der epigastrischen Gegend ausbreitet.

Bisher scheinen Alle den Vagus für das Nervensystem zu halten, welchem diese Fortleitung der Reizungen von den Genitalien auf die epigastrischen Organe beizulegen ist. Ich glaube vielmehr, dass der Sympathicus das Nervensystem sei, durch welches in erster Reihe jene quälenden, bisweilen lebensgefährlich gewordenen Erscheinungen

vermittelt werden, weil nur der Sympathicus die inneren Genitalien, insbesondere den Uterus, durch seine plx. hypogastr. innervirt. Der Vagus scheint keine Nerven an die inneren Genitalien, an die plx. hypogastr. und plx. mesenterii abzugeben, sondern diese sammeln sich mit den Nerven der Rückgratsganglien im plx. coeliacus, worin sie sich vielfältig mit den Vagus-Nerven verbinden. Durch beide werden von hier aus in zweiter Reihe die epigastrischen Organe innervirt.

Das Erbrechen der Schwangeren pflegt im zweiten bis dritten, seltener in einem späteren Monate in verschiedener Heftigkeit aufzutreten. Ich bemerkte hierbei, dass bei pleth. abd. venosa, bei Erkältungen und vieler Arbeit, bei steter Sorge und Aengsten die Nux vom. weniger entschieden und dauerhaft wirkte, als bei Anderen.

Es ist wohl nicht zweifelhaft, dass sämmtliche Erscheinungen beim sogenannten Erbrechen der Schwangeren Nervenerscheinungen sind, die entsprechende Mittel zur Abhülfe erfordern. Von meinen Lehrern in der Gynäkologie hatte ich kein Mittel gegen diese Leiden kennen gelernt und glaubte ich in früheren Jahren in der Ipecacuanh. refr. dos. ein Mittel gegen dieselben zu besitzen, welches aber nicht vollkommen meinen Wünschen entsprach. So wandte ich mich 1839 der Nux vom. zu. Ich gab die Tinct. nuc. vom., glaubend, dass diese alle wirksamen Bestandtheile der Nux vom. enthalte und dass sie dem leidenden Magen am besten zusagen würde. Schon bei den ersten Versuchen wurde ich überrascht von dem schnellen, günstigen Erfolge, so dass ich seit jener Zeit kein anderes oder besseres Mittel zu haben wünsche. Ich möchte die Nux vom. als ein Specificum hiergegen bezeichnen. Sie half mir stets in sehr vielen Fällen schnell, dauerhaft und ohne einen Nachtheil für den Verlauf der Schwangerschaft. Fanden jedoch die oben erwähnten Complicationen statt, so besserte die Nux vom. zwar die Leiden, aber es traten wiederholt Recidive ein, welche die Nux vom. dann rasch wieder beseitigte. Dieses aber kann die Specifität des Mittels nicht streitig machen, da andere Specifica auch nicht alle Mal ihren specifischen Charakter vollkommen bewahren. — Ich gebe die Tinct. nuc. vom. ohne jeden Zusatz 4 Mal täglich 15—20 Tropfen und habe die Genugthuung gehabt, stets nach 2—3 Tagen wesentliche Besserung und nach 5—6 Tagen völlige Herstellung wahrzunehmen.

In Betreff des sogenannten unstillbaren Erbrechens habe ich keine Beobachtung zu machen Gelegenheit gehabt.

Diese langjährigen Erfahrungen scheinen nichts zu wünschen übrig zu lassen. Die französischen Aerzte lieben auf Bretonneau's Empfehlung die äusserliche Anwendung des Extr. belladonn. — Unter den englischen Aerzten machte neuerlich Copeman ein Verfahren bekannt, wobei er durch Erweiterung des äusseren und inneren Muttermundes auf der Stelle und dauerhaft das Erbrechen gestillt haben will. So glänzend dieses Verfahren sein mag, so bleibt doch zu bedenken, dass es nicht immer anwendbar ist und gefährlich für

den Verlauf der Schwangerschaft durch Verletzung der Genitalien und Sprengung der Eihäute werden kann, so dass durch Letzteres ungewollt das ult. refug. erfüllt würde.

---

1. **Kehrer** (Giessen). Ueber die Bedingungen des respiratorischen Lufteintritts in den Darmcanal.

(Beiträge z. vergl. u. experim. Geburtskunde 1877. Bd. I. Hft. 6.)

Verf. unterwirft in dem vorliegenden 6. Heft seiner Beiträge die von Breslau (Monatsschrift f. Geburtsk. Bd. 25 u. 28) aufgestellte Behauptung, dass die im Darmcanal der Neugeborenen enthaltene Luft aus der Atmosphäre stamme, einer erneuten Untersuchung und sucht zugleich den Mechanismus, durch welchen dieselbe in den Nahrungsschlauch gelangt, experimentell festzustellen.

Er bestätigt zunächst an neugeborenen Hunden die Annahme, dass das Gas atmosphärische Luft sei. Er findet aber den Eintritt desselben viel rascher nach der Geburt als Breslau. Unmittelbar nach dem Austritt des Kindes aus den Geburtswegen konnte er einen tympanitischen Ton am Unterleib nachweisen. Das Gas ist im Magen sowohl in Gestalt kleiner in den Schleim eingebetteter Luftbläschen enthalten, als auch als freies Gas.

Anders steht es nun mit der Breslau'schen Annahme, dass das Gas verschluckt sei; hier liegt der Gedanke nahe, ob nicht die respiratorische Erweiterung des Brustkorbs den Lufteintritt bewirken könne. Schon Gerhardt und Emminghaus hatten experimentell gezeigt, dass die Luft in der Speiseröhre unter dem Einfluss der Thoraxbewegungen stehe, ferner hat Schatz gezeigt, dass bei reinem Zwerchfellathmen im Moment des Einathmens der intraabdominale Druck steigt.

Versuche, die Verf. an erwachsenen Hunden anstellte, ergaben ebenso das Resultat, dass die Inspiration eine positive Steigerung des Drucks im Magen bewirke. Bei Neugeborenen aber verhält es sich umgekehrt, wie ein einfacher von jedem leicht anzustellender Versuch ergiebt. — Im weiteren wurden nun durch Versuche theils an neugeborenen Kindern, theils an Hunden die Druckschwankungen des Magens mittelst einer Marey'schen Trommel aufgezeichnet; die Athembewegungen wurden zum Vergleich entweder durch Einführen einer Trachealkanüle oder durch Aufsetzen einer eigens construirten Athemtrommel registrirt. Mit Ausnahme eines einzigen asphyktisch geborenen Kindes, das die 26 Stunden seines Lebens nur mit dem Zwerchfell athmete, fiel bei allen andern der Druck im Magen inspiratorisch ab.

Dieser Unterschied zwischen Neugeborenen und Erwachsenen muss herrühren von einer verschiedenen Thätigkeit des Zwerchfells bei beiden. Verf. zeigt den Mechanismus an einem einfachen Apparat.

Weiterhin weist er experimentell nach, dass Durchschneidung der Nervi phrenici und die dadurch bedingte Zwerchfelllähmung inspiratorischen Abfall des Magendrucks bewirkt.

Es ist dadurch endgültig bewiesen, dass die inspiratorische Verminderung des Magendrucks bei Neugeborenen auf einer mangelhaften Thätigkeit des Zwerchfells beruht. Die Schwankungen des Bauchhöhlendrucks sind, wie weitere Versuche zeigten, manchmal selbst unterathmosphärisch, und in diesem Fall ist ein Eindringen von Luft in den Magen um so eher möglich, als die Speiseröhre durch Schleim u. s. w. hier und da entfaltet wird.

Diese Versuche erklären dem, der von wissenschaftlichen Untersuchungen auch ein praktisches Resultat haben will, ganz einfach manche Formen von Tympanitis des Magens und Darmcanals.

Fehling (Stuttgart).

---

2. **A. Martin.** Leitfaden der operativen Geburtshülfe.

Berlin 1877. **Aug. Hirschwald**, gr. 8. 346 S.

Verf. rechtfertigt das Erscheinen dieses Buches damit, dass er darin besonders die Anzeichen und Bedingungen geburtshülflicher Operationen dem wenig geübten Anfänger in einer bestimmteren Form vorführen und so gewissermassen die letzterschienenen Lehrbücher über denselben Gegenstand ergänzen will. Verf. kann wohl sein Vorhaben als gelungen betrachten; in dem 2. voluminöseren Theile beschreibt er diejenigen Störungen der Schwangerschaft und der Geburt, bei deren Therapie operative Eingriffe in Betracht kommen, wogegen im ersten Theile die Technicismen, Indicationen und Bedingungen Platz finden. Aus dieser Scheidung des Materials erwachsen ermüdende Wiederholungen nicht, solche sind mit Geschick vermieden. Die beschriebenen Operationsmethoden stehen auf der Basis der in der Wissenschaft allgemein anerkannten Theoreme, Differenzen, welche die »Schule« charakterisirt, sind unbedeutend. Das Buch verdient sonach dem ärztlichen Publicum empfohlen zu werden.

Dem Ganzen ist eine Einleitung, in der allgemein leitende Principien dargelegt sind, vorausgeschickt. Das kurze Wort über die Chloroformnarkose ist in jeder Beziehung zu billigen, es ist nur zeitgemäss, dass nicht Seiten lang, ob man denn wohl eine Kreissende chloroformiren dürfe oder nicht, debattirt wird. Etwas ausführlicher hätte Verf. seinen Standpunkt über Desinfection darlegen können, die einzelnen Wiederholungen über diesen Punkt, besonders im Capitel Kaiserschnitt, berühren peinlich.

Gemäss den vom Verf. auf der Hamburger Naturforscherversammlung ausgesprochenen Erfahrungen empfiehlt er vor allem die sogen. combinirte Wendung, zu der man nur mit einigen Fingern in den Uterus eingeht, und will das Eingehen mit der ganzen Hand nur für die schwierigsten Fälle vorbehalten wissen. Ein Abnehmen der Zange vor Durchschneiden des Kopfes im Interesse des Dammes erwähnt Verf. nicht. Die Indicationen für die Zange an den nachfolgenden Kopf sind gar nicht präcisirt, die Methode hätte wohl an Stelle oder bei Erwähnung des le Roux'schen Handgriffes genannt

zu werden verdient, der übrigens beschrieben ist als ob er der wirksamste von der Welt wäre (p. 100). Zur Extraction am Steisse sollte man angehenden Aerzten nicht rathen mit 2 Fingern in eine Hüfte zu haken, zumal wenn man die Therapie der Schenkelfracturen mit zwei so allgemeinen Worten abspeist, wie Verf. es thut (p. 106). Trotzdem M. nicht der Ansicht huldigt, dass der nachfolgende Kopf leichter durch ein enges Becken geht, als der vorangehende, empfiehlt er doch, nämlich wenn der Kopf noch nicht feststeht, bei engem Becken erst die Wendung mit dem Vorbehalt der Verkleinerung des nachfolgenden Kopfes. Diese eine Bedingung sollte doch einen guten Grundsatz nicht erschüttern, ist das Missverhältniss eben so bedeutend, dass das Kind nicht intact passiren kann, so ist der Eingriff der Wendung ein überflüssiger, um so eher als selbst ein Anfänger den hohen, wenn auch noch nicht durch die Natur fixirten Kopf leichter perforiren wird als den nachfolgenden (p. 111, 225, 236). — Für Decapitation ist wohl die Scheere eher zu empfehlen als der Schlüsselhaken (p. 123). Die Schultze'schen Schwingungen sind falsch beschrieben, wollte M. eine Modification derselben mit seiner Beschreibung darstellen, so musste er das ausdrücklich hinzufügen und motiviren, — in der vorliegenden Fassung mit dem typischen Terminus »Schwingung« ist das Verfahren Schultze's nur unvollkommen wiedergegeben (p. 103). — Die Erkennung der Hand bei Querlage wird von der Möglichkeit des »Handschlages« abhängig gemacht (p. 282). — Zur Vollendung einer schwierigen Wendung wird das Herabholen des 2. Fusses kaum erwähnt, dagegen der schlechte doppelte Handgriff empfohlen (p. 40, 42). Eine vordere und hintere Ohrlage wird nicht auseinandergehalten (p. 297), was doch prognostisch und therapeutisch von grosser Wichtigkeit wäre.

Mit den Ansichten, dass der nach einigen Tagen am Kapselhämatom sich findende Wall aus Fibrin bestände (p. 105), dass der Hydrops sanguinolentus ein Symptom der Lues sei (p. 146), dass eine fettige Degeneration der Decidua schon zur Zeit, wo ein Partus immaturus erfolgt, bestehe (p. 151), dürfte wohl Verf. nachgerade isolirt dastehen. Die Ausstattung des Buches ist schön, Ausdrücke wie sägeförmige Bewegungen (p. 199) sind wohl nicht sehr correct. Zeichnungen enthält das Buch nicht, diesbezüglich ist auf den Martin'schen Handatlas häufig verwiesen. **Küstner** (Jena).

---

3. **Kuhn** (Salzburg). Zweiter Bericht über die Ereignisse in der geburtshülflichen Poliklinik der med.- chirurg. Lehranstalt in Salzburg. 1. Jan. 1869 — 31. Dec. 1873.

(Wien 1873.)

Die Statistik erstreckt sich über 821 Geburten. Wir beschränken uns darauf einzelne interessante Facta aus dem reichen Material des

fleissigen Berichtes herauszugreifen. Eine Gesichtslage: Geburt eines macerirten Kindes mit Anasarca und Hydrops abdominis wurde beobachtet. Bei einer andern Gesichtslage wurde ein lebender Knabe nach 73stündiger Geburtsdauer mit der Zange entwickelt, das Becken war gerad verengt rachitisch. Ungleiche Zwillinge 2980 und 65 Grm. Austreibung der Placenta des ersten Kindes vor dem zweiten. Bei Aborten wurde die Blutung nach Schröder's Methode, Tamponade im Speculum, gestillt. In vielen Fällen von Krampfwehen bestand Rigidität des Muttermundes. Dammrisse kamen in 4,9% sämmtlicher Geburten vor. Unter 320 gemessenen Becken fanden sich 31 verengte. Rachitis ist in Salzburg häufig. Es folgen mehrere interessante Geburtsgeschichten bei fehlerhafter Lage des Fötus. Decapitation, Exenteration wurde mehrmals gemacht. Bei Placenta praevia wurde die Wendung nach Braxton Hicks angewendet. Bei Nachblutungen erwiesen sich Ergotin- und Aetherinjectionen als sehr erfolgreich. Eine Primipara starb an Herzparalyse, man fand fettige Degeneration des Herzens, der Leber und der Nieren, mässige Anämie. In der Leber zahlreiche Blutaustritte. Bei einer Eclamptischen wurde sofort die Zange angelegt und Morphium injicirt, nach der Entbindung neue Anfälle, Puerperalmanie, Genesung. Dem Puerperalfieber erlagen 0,36%: 3 Wöchnerinnen. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

4. **Münster** (Königsberg). Zur Therapie der Steisslagen.

(Sep.- Abdr. aus d. Deutschen Zeitschr. f. prakt. Med.)

Während unter normalen Verhältnissen die Steissgeburten am besten sich selbst überlassen bleiben, empfiehlt Verf. in allen Fällen, in denen man den Eintritt von Complicationen, welche die operative Beendigung der Geburt erheischen, voraussehen kann, bei noch beweglich auf den Beckeneingang stehendem Steiss, prophylaktisch einen Fuss herabzuschlagen, um im Nothfall sofort die Extraction machen zu können. Tritt aber bei bereits tief im Becken stehendem Steiss, wo dieser Eingriff nicht mehr möglich ist, eine Indication zur raschen Beendigung der Geburt ein, so ist ein viel sichereres und gefahrloseres Verfahren als die Anwendung des stumpfen Hakens und das Anschlingen der vorderen Hüfte nach Hecker, dasjenige von Hildebrandt, welcher die freien Enden einer um den Steiss herumgeführten Schlinge durch die vordere und hintere Schenkelbeuge durchführt und zwischen den Schenkeln hervorzieht, so dass dieselbe die ganze Breite des Kreuzbeins zum Angriffspunkt hat; an dieser Stelle findet sich auch gewöhnlich eine oberflächliche, rasch wieder verschwindende Druckmarke. Die einzige Schwierigkeit des Verfahrens besteht in der Durchführung der Schlinge durch die hintere Schenkelbeuge, die sich jedoch nöthigen Falls durch Einführen der halben Hand sicher überwinden lässt. **Schwarz** (Halle a/S.).

---

5. **Egli-Sinclair** (Zürich). Ueber die operative Behandlung des Gebärmuttervorfalls.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 1877. No. 17.)

Nachdem Verf. in anschaulicher Weise die wenig befriedigenden Resultate geschildert hat, welche mittelst der palliativen Behandlung des Gebärmuttervorfalles erreicht werden, giebt er eine historisch geordnete Darstellung der Operationsmethoden, die zur Heilung des reponiblen, veralteten Prolapsus uteri angewandt worden sind. Ausser durch die Herabsetzung des natürlichen Tonus sämmtlicher mit dem Uterus in Verbindung stehender Gebilde sind die Bedingungen zur Entstehung des Vorfalls dann gegeben, wenn die Axe des Uterus und diejenige der Vagina nicht mehr einen nach vorn offenen Winkel mit einander bilden, sondern der Uterus in den ersten Grad der Retroversion gestellt ist, und wenn die hintere Vaginalwand durch Erschlaffung oder Defect des Dammes gerade gestreckt ist, was Beides weitaus am häufigsten die Folge überstandener Geburten ist. Die operative Behandlung muss daher bestrebt sein der Axe der Vagina einen solchen Verlauf zu geben, dass die Axe des Uterus mit jener an einem Punkte in eine entschiedene Winkelstellung geräth und diesen Punkt durch Herbeiziehung vielen und derben Gewebes unnachgiebig zu machen. Dies geschieht mehr oder weniger durch die Colporaphia posterior von Simon, die Perineauxesis von Hegar und die Colpoperineoplastik von Bischoff, während alle anderen Methoden den genannten Anforderungen nicht genügen.

Simson's und Hegar's Methoden haben den Fehler, dass sie die Vaginalaxe nicht vollständig genug nach vorn umknicken, sondern mehr durch Verengerung der Vagina wirken und dass sie die Narbenlinie in die Mitte verlegen d. h. dem Drucke der herabdrängenden Gebärmutter direct aussetzen. Bei der Simon'schen Operation geht die Anfrischung hoch hinauf (zuweilen auch bei der Hegar'schen) und kann daher für den Douglas'schen Raum gefährlich werden; ausserdem ist die Blutung meist sehr bedeutend und die Klammerung der Nähte für die Erreichung einer prima intentio zu stark.

Die Colpoperineoplastik von Prof. Bischoff in Basel, eine Operation, die einige Aehnlichkeit mit der Perineosynthese von Langenbeck zeigt, hat diese Nachtheile nicht, wie Verf. aus vielfacher Erfahrung weiss. Sie wird so gemacht, dass man zuerst einen zungenförmigen Lappen vorzeichnet, dessen Spitze nach unten sieht und dessen Basis ungefähr 5 Ctm. oberhalb der hinteren Commissur zu liegen kommt. Von der Basis des Lappen aus wird nach jeder Seite ein Schnitt bis in die Mitte der kleinen Labie geführt. Die Anfrischung beginnt man in den Winkeln zwischen dem Lappen und den genannten Seitenschnitten indem man mit einem in das Rectum geführten Finger die Theile anspannt und die Trennung mit Fingernagel und Scalpellstiel vollzieht. Die Wundmachung wird bis in die Nähe der grossen Labien und deren hinterer Commissur weiter geführt, immer unter möglich-

ster Vermeidung der Anwendung des Messers. Auch der Lappen wird nun zurückgeschlagen, wobei es nur selten zu Blutung kommt. Die grossen Labien werden in eigens hierzu construirte Klammern gefasst und mit wenigen, dicht den Branchen entlang geführten sägeförmigen Messerzügen abgetragen, wobei meist einige kleine Arterien bluten. Nach Reinigung der Wundfläche und Desinfection mit 10% Carbolöl wird die Naht so angelegt, dass zuerst die Seitenränder des zungenförmigen Lappens mit den von dessen Basis gegen die kleinen Labien zielenden Wundrändern durch jederseits 6 — 8 Catgutsuturen in Contact gebracht werden. Damit ist die Verengerung und Umbiegung der Vagina gegeben. Eine feste Stütze für die Scheide wird dadurch hergestellt, dass man die tiefe trichterförmige Dammwunde durch 5 — 6 tiefgeführte und fest geschnürte Silbersuturen vereinigt. Die Nachbehandlung ist äusserst einfach: in die Vagina kommt ein Carbolöltampon und an den Damm eine T Binde zu liegen, beide zur Compression gegen Blutung. Die Patientin bleibt 14 Tage ruhig liegen und bekommt flüssige Nahrung; der erste Stuhl wird durch ein Klysma erleichtert. Am 10. bis 14. Tage werden die Suturen entfernt; früheres Nachsehen ist zu vermeiden. Fast ausnahmslos folgt Heilung per primam intentionem; der Damm wird 5 — 6 Ctm. lang, vorn 1, hinten 4 Ctm. dick, das untere Ende der Vagina ist stark nach vorn umgebogen und bedeutend verengert. Hinter dem Urethralwulst stösst man auf eine quere wallartige Verdickung des Septum recto- vaginale, und auf dieser Verdickung sich aufstemmend, die Vaginalportion des Uterus. — Je nach den Verhältnissen wird der Colpoperineoplastik die Amputatio colli, die Elytroraphia anterior etc. vorausgeschickt. Cohabitation und Conception werden durch die Verengerung nicht beeinträchtigt, Einrisse bei späteren Geburten heilen in wenigen Tagen wenn gleich genäht wird. Bischoff's Statistik erstreckt sich über ungefähr 60 Fälle, wovon diejenigen, die später wieder zur Untersuchung kamen, fast ausnahmslos dauernde Heilung zeigen. — **Oeri** (Basel).

---

6. **Pallen.** Resumé über die Incision des Cervix uteri wegen Dysmenorrhoe und Sterilität.

(Amer. Journ. of obstetr. 1877. Juli p. 364.)

P. will die Formen von Dysmenorrhoe, welche nicht auf Strictur beruhen (d. ovarica etc.) mit dem Namen Menorrhalgia belegen und ersteren Ausdruck nur für die Beschwerden, welche aus mechanischen Hindernissen erwachsen, gelten lassen. — Unter folgenden Umständen hält er die Erweiterung des Cervix durch bilaterale Incision für nothwendig:

1) Bei congenitaler Stenose der Cervix in Folge von mangelhafter Entwickelung oder von fehlerhafter Insertion der Vagina.

2) Bei erworbener Stenose in Folge von Veränderung des Cervicalgewebes (Atrophia und Induration) mit Gefässverengung und permanenter Ischämia.

3) Bei congenitaler Anteflexion im Zusammenhange mit katarrhalischer Endometritis.

4) Bei erworbener Anteflexion in Folge hypertrophischer Entzündung der vorderen Wand des Körpers, Subinvolution des ganzen Organs oder Hyperplasie der hinteren Partie der Cervix.

5) Bei den verschiedenen Formen von erworbener partieller Atresie der Cervix.

6) Bei Retroflexion. —

Die Operation soll blutig gemacht werden und nicht mit Laminaria oder Pressschwamm. Bei Anwendung letzterer Dilatatorien hat P. unter 150 Fällen 2 Todesfälle, 14 Cellulitiden und 1 Metritis beobachtet.

Ein solches Generalisiren der Indicationen für ein Verfahren ist jedenfalls bequem, wenn es auch nicht gerade exact zu nennen ist. —

Küstner (Jena).

---

7. **Mahmoud Sidky.** Retroflexio uteri.

(Montpellier med. Bd. XXXIX. No. 3.)

Der Aufsatz giebt nach einer nichts Neues bietenden Schilderung der Symptome und Diagnose der Retroflexio uteri eine Darlegung der eigenthümlichen Therapie, welche Courty in Montpellier bei Retroflexionen anwendet. Von dem Gesichtspunkt ausgehend, dass alle Retroflexionen auf einer Erschlaffung der Gewebe oder einer mangelhaften Rückbildung beruhen, ist er bestrebt nach vollführter Reposition des Organs Contractionen in energischer Weise anzuregen. Diese werden am effectvollsten erzielt durch seinen Tuteur galvanique utérin. Derselbe besteht aus einer hohlen Kugel von Kupfer, welche etwa $2^1/_2$ Ctm. im grössten Durchmesser misst und einen 6—7 Ctm. langen Stift trägt, dessen untere Hälfte aus Kupfer, dessen obere aus Zink besteht. Dieser Stift wird nach geschehener Reposition des verlagerten Uterus tief in den Cervicalcanal eingeführt und die Kugel mittelst Tampons in der Scheide fixirt. Die nach Art einer Säule geschichteten Metalle sollen nach Courty Electricität entwickeln. Zum Beweise werden die kleinen Corrosionen, welche man an dem Zink nach längerem Gebrauch des Instrumentes bemerkt, herbeigezogen. Der Apparat bleibt jedesmal 6—7 Stunden liegen und wird monatlich dreimal eingeführt. Nach jeder Einführung ist Ruhe im Bett am besten in Bauchlage zu beobachten. Die Application ist durchaus ungefährlich, wenn sie schonend ausgeführt, die Patientin während der ganzen Cur absolute Ruhe beobachtet und keine Entzündung oder Fixirung des Uterus besteht. Eine solche contraindicirt die Anwendung des Apparates. Erst nach vollständiger Beseitigung der Entzündung mittelst der gewöhnlichen Mittel kann der Tuteur ohne Gefahr in Anwendung gezogen werden. Neben diesem Verfahren gebraucht Courty noch andere Mittel, um die Contractilität des Uterus anzuregen: 1. den electrischen Strom, indem ein Pol in das Cavum uteri, der andere auf das Abdomen vorzüglich

in die Gegend der Lig. rot. gesetzt wird. 2. Das Ergotin, welches nach jeder Menstruation und jeder Einlegung des Tuteur in einer Dosis von 0,3 gegeben wird. 3. Vollbäder und Douchen.

Dies therapeutische Verfahren führt nach Courty stets zur Heilung oder doch zu einer solchen Linderung der Beschwerden, die der vollständigen Heilung nahe kommt. Speciell angeführt werden 3 Fälle, bei denen durch eine vier-, neun- und zwölfmalige Application des Tuteur vollständige Heilung erzielt wurde.

Runge (Strassburg i/E.).

---

8. **L. J. Collins** (Guilford, Ind.). Die parenchymatöse Injection von Ergotin bei Subinvolution des Uterus und chronischer Cervixconjestion.

(Cincinnati Clinic. 1877. Aug. 25.)

Verf. hat in 4 Fällen das Ergotin direct in das Uterusparenchym injicirt, 3 von Subinvolution und Cervixanschoppung, und einer von chronischem Infarcte mit Cervicalgeschwüren. In Fall 1 mass der Uterus $1^1/_2$ Jahr nach der Entbindung $4^1/_2$ Zoll, und hatten heftige Blutungen die Kräfte der Patientin sehr herabgedrückt. Nach 6 Injectionen in Zwischenräumen von 5 Tagen mass der Uterus nur 3 Zoll; die Blutungen hatten nach der zweiten Periode aufgehört. In Fall 2 mass der Uterus 5 Zoll und war retroflectirt. Der Uterus wurde reponirt und eine Lösung von $2^1/_2$ Gran Ergotin (0.18) in die Cervix injicirt, ein Tannin- und Glycerintampon applicirt und ein elastisches Intrauterinpessarium eingelegt. Sechs Injectionen wurden in Intervallen von 6 Tagen gemacht, die Tampons jeden Morgen erneuert und jeden Abend der Stift entfernt und Morgens wieder eingeführt. Nach 2 Monaten mass der Uterus $3^1/_4$ Zoll in der Länge. Fall 3 ist dem ersten vollkommen gleich. In Fall 4 wurde das Geschwür mit Salpetersäure geätzt und 5 Injectionen wurden gemacht, als das Geschwür heilte. Alle diese Patientinnen hatten vorher mehrere Wochen lang das Extr. fluidum Ergotin ohne Besserung genommen und Verf. ging in seiner Behandlung von der Vermuthung aus, dass ebenso wie subcutane Ergotininjectionen wirksamer sind bei Uteruskrankheiten als die innerliche Anwendung des Mittels, so müsse auch die Injection des Secale am Sitze der Krankheit selber am wirksamsten sein. Die Injection ist leicht auszuführen, und gewöhnlich ganz gefahrlos. Es verursacht weniger Schmerzen als die subcutane Methode, nicht mehr als die einfache Scarification und die Patientin braucht nicht einmal zu wissen, dass eine Injection gemacht worden ist. Verf. braucht eine $4^1/_2$ Zoll lange Hohlnadel, welche er an eine Pravaz'sche Spritze steckt und durch einen Hohlspiegel $^3/_4$ bis $1^1/_2$ Zoll tief in die Cervix parallel mit dem Cervicalcanale einsticht, nachdem er vorher den Theil durch die minutenlange Berührung mit einem in Chloroform getauchten Charpiebausch anäs-

thesirt hat. Der nachfolgende Schmerz ist sehr gering, und wird bald intermittirend. Die Patientinnen brauchen kaum 24 Stunden das Bett zu hüten. Verf. setzt seine Versuche mit der Methode fort.

P. F. Munde (New-York).

---

9. **Roehrig.** Zur Aetiologie der Uterusfibrome.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 30—35.)

Die Arbeit basirt auf 176 eigenen Beobachtungen.

Verf. führt die Entstehung von Fibromen auf circumscripte, durch einen ganz localen Reiz bedingte Entzündungen zurück, ebenso wie die chronische Metritis eine allgemeine Hypertrophie des Uterus bedinge. Dieser Reiz besteht in den meisten Fällen in Circulationsstörungen. Warum nun der Uterus gerade mit der Bildung eines Fibroms reagirt, wird auf individuelle Disposition zurückgeführt.

Die Neubildung tritt meistens in dem 30.—35. Jahre, dem Culminationspunkt des Geschlechtslebens auf, es werden ganz vorherrschend verheirathete Frauen betroffen, und unter diesen wieder solche, welche schon geboren haben; die Sterilität oder vielmehr die geringe Fruchtbarkeit der mit Fibromen behafteten Frauen ist nicht die Ursache sondern die Folge dieser Affection.

Diese Verhältnisse führen Verf. zu der Ansicht, dass es vorzugsweise, durch das Geschlechtsleben des Weibes, bedingte Schädlichkeiten sind, welche zur Bildung von Fibromen beitragen. Durch eine Reihe von Krankengeschichten sucht Verf. diese seine Ansicht zu beweisen.

Es sind also vorzugsweise Schädlichkeiten, welche den Uterus während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett treffen, sei es bei rechtzeitiger oder frühzeitiger Geburt, ferner Schädlichkeiten, welche während der Menstruation eintreten: plötzliche Unterdrückung der Menses, Cohabitation, Masturbation, übergrosse Anstrengungen. Aber auch ausser diesen Zeiten der gesteigerten geschlechtlichen Thätigkeit können Insulte des Uterus zur Fibrombildung führen; sowohl übermässiger, als Unterbrechung im gewohnten Geschlechtsgenuss, Intrauterinmanipulationen, Aetzungen, Pessare u. s. w.

Schliesslich kann man auch Zustände verantwortlich machen, welche im Allgemeinen Circulationsstörungen in den Unterleibsorganen hervorrufen, Klappenfehler des Herzens, Tumoren anderer Organe etc.

Schellenberg (Leipzig).

---

10. **O. Doepner.** Drei Fälle von acuter puerperaler Endocarditis.

Inaug.-Diss. Berlin 1877.

Aus der Frerichs'schen Klinik werden drei genau verzeichnete Fälle mitgetheilt. In allen 3 scheidet D. 2 Reihen von Erscheinungen, deren eine sich auf das Fieber zurückführen lässt — Puls und Temperatur, frühe Schwellung der betroffenen Organe,

während die andere auf die Veränderungen im Herzen zurückgeht, wie sie sich erfahrungsgemäss unter dem Einfluss von Schwangerschaft und Wochenbett kundgeben und als Geräusche, Blutungen (in 2 Fällen auch in der Retina) in der Haut, andererseits als Auflagerungen und Neubildungen an den Klappen und Embolien erkennen lassen. Dass die Endocarditis nicht immer aus den entsprechenden Veränderungen des Genitalcanales hervorgeht zeigen Fälle, bei denen sich analoge Processe schon während der Schwangerschaft entwickeln. **A. Martin** (Berlin).

---

11. **V. Hensen.** Beitrag zur Morphologie der Körperform und des Gehirns des menschlichen Embryos.

(Arch. für Anatomie u. Physiologie 1877. Hft. 1.)

Länge des Embryo 4,5 Mm. Alter nach der Anamnese nicht zu eruiren, nach der Schätzung 25—26 Tage. Allantois bereits der Innenfläche des Chorion anliegend. H. knüpft hieran die Bemerkung: Wie auch mir scheint hat die lange Reihe negativer Befunde über die Allantoisblase, den einzelnen positiven Befunden, die die Literatur aufweist, gegenüber eine überwiegende Beweiskraft. (Der bläschenförmige Zustand der Allantois muss zeitweise bestehen. Doch ist die Zeit bis die Allantoisblase die Innenfläche des Chorion erreicht, so kurz, dass nur durch sehr glücklichen Zufall ab und zu ein Ei dieses Stadiums angetroffen wird. Ref.)

Das Amnion sitzt unterhalb des Herzens an, überzieht also dasselbe, das Verhältniss zum Herzbeutel war nicht zu eruiren.

Von den sehr gut erhaltenen Kiemenbögen tritt besonders der zweite hervor, was vielleicht in Zusammenhang zu bringen ist mit der in gleicher Höhe stattfindenden Bildung des Pons Varoli.

An einem Embryo der 7. Woche fand H. krallenartige Verlängerungen der Fingerspitzen und Zehen, die er als »Urnägel« ansehen möchte. Endlich wurden an einem Schafsembryo Studien über Entwickelung einzelner Partien des Gehirns gemacht, die im Original nachgesehen werden müssen. **Ahlfeld** (Leipzig).

---

12. **Rauber.** Die Theorien der excessiven Monstra.

(Virch. Archiv. Bd. 71. Hft. 2.)

Unter Benutzung einiger frühzeitiger Doppelbildungen vom Fisch und einer vom Huhn (80 Stunden bebrütet) studirte R. die Entstehung der Missbildung an Querschnitten. Im Betreff der Aetiologie kommt er zu dem Schlusse, dass, wie normal die vordere Embryonalanlage der Wirbelthiere als ein Vorstoss, eine Ausstrahlung des Randwulstes erschiene, so müsste man die Mehrfachbildungen als mehrfache solche Vorstösse oder Ausstrahlungen des Randwulstes auffassen. Dadurch würde die von Scheuthauer, Dittmer und Referenten aufgestellte Theorie von der Drehung der Anlagen unnöthig. R. tritt somit auf die Seite derer, die getrennte Anlagen annehmen

im Gegensatz zur Spaltung des Keimes; doch giebt auch er zu, dass diese getrennten Anlagen sich stets auf einem Fruchthofe befinden. Ref. hält die Theorie von der Spaltung und Drehung der Hälften durch die R.'sche Arbeit nicht für widerlegt; besonders nicht für die am Schwanzende gespaltenen, am Kopftheile einfachen Monstra. — Die interessanten Einzelheiten lese man im Original.

Ahlfeld (Leipzig).

Casuistik.

13. **Polaillon.** Ueber gewisse Missbildungen des Uterus als Ursache der Schieflage der Fötus und der fehlerhaften Insertion der Placenta.

(Annales de Gynécologie 1877. Sept.)

Verf. erzählt einen Fall von Schieflage und Placenta praevia bei einer Erstgebärenden; Tod; die Section ergab einen Uterus bicornis. Daran knüpft Verf. die bekannten Betrachtungen über diese Formation des Uterus als Ursache der Schieflage. Aber auch die Placenta praevia führt er darauf zurück ohne jedoch andere Gründe dafür angeben zu können als die Häufigkeit derselben gerade bei dieser Uterusbildung, während die sonst für Placenta praevia in Anspruch genommenen ätiologischen Momente fehlen. Einige Beispiele aus der Literatur werden dazu angeführt.

Schellenberg (Leipzig).

14. **Liebman** (Triest). Beschreibung einer lebenden Dipygusmissbildung.

(Estratto dal Bollettino delle scienze nationali Annata III. No. 2.)

Blanche Dumas, zur Zeit 17 Jahr alt, wurde als drittes (nach anderen Nachrichten als viertes) Kind leicht geboren. Sie ist jetzt 105 Ctm. lang. Kopf, und Brust gut entwickelt. Der Unterleib dehnt sich der Breite nach bedeutend aus, so dass ein gewöhnlicher Baudelocque'scher Tastercirkel die Cristae ilei nicht spannen kann. Der Verbreiterung des Beckens entspricht eine Vermehrung der Extremitäten. Auf der linken Seite ist das linke Bein gut entwickelt, auf der rechten Seite das rechte; während von den beiden inneren das dem rechten zugehörige nur als ein Stumpf sichtbar ist, während das dem linken zugehörige ziemlich gut ausgebildet ist. Dieses überzählige Bein ist ohne Gelenk der Symphyse angeheftet und kann nur passiv bewegt werden. Zwischen den beiden Extremitätenpaaren befinden sich die Zugänge zum Darm, zum Harn- und Geschlechtsapparat. Nach Aussage des Begleiters menstruirt das Mädchen aus beiden Geschlechtsöffnungen. An dem Extremitätenstumpf in der Inguinalgegend befindet sich eine Mamma mit Warze. An der Stelle, wo die hintere Anheftungsstelle des überzähligen Beines sich befindet, ragt eine grosse Warze hervor (die von den Begleitern als männliches Glied ausgegeben wurde. Ref.).

Referent sah das Individuum auf der diesjährigen Leipziger Michaelismesse. Der Fall ist von hohem Interesse, da eine Theilung des Unterkörpers in dieser Weise beim Menschen bisher noch nicht beobachtet worden ist. Am nächsten stehen dieser Missbildung das von Suppiger beschriebene Kind mit doppelten, weiblichen Geschlechtstheilen (Schweizer Correspondenzblatt, 1876. No. 14) und der bekannte Fall des wahrscheinlich noch jetzt lebenden Joâo Baptista dos Santos, geboren 1845 (Acton, Méd. chir. Transact. Vol. 29. 1846, p. 101 und Bulletin général de therap. méd. et chir. Paris, Juli 1865). Blanche Dumas ist bereits beschrieben und abgebildet in der Gazette obstétricale 1874, No. 10. p. 136.

Ahlfeld (Leipzig).

15. **W. Hubbard.** Ein Fall von imperforirtem Hymen.

(Brit. med. Journal 1877. Sept. 1.)

Der Fall betrifft ein 15jähriges Mädchen das seit 2 Jahren die gewöhnlichen Molimina hatte. Der Fall erscheint dadurch bemerkenswerth, dass nach Spaltung der verschliessenden Membran eine reichliche Menge einer sehr dünnen porter-

artigen Flüssigkeit sich ergoss, während sonst zähflüssige Consistenz das gewöhnliche ist. **Fehling** (Stuttgart).

16. **R. A. Jamieson** (Shanghai). Chinesische Eunuchen.

(The Lancet 1877. Juli 28.)

Die Castration ist eine der wenigen blutigen Operationen, die von eingeborenen chinesischen Chirurgen ausgeführt wird. Sie wird in einem zu diesem Zweck bestimmten ausserhalb des Palastes gelegnen Gebäude ausgeführt. Das Recht sie auszuführen vererbt sich vom Vater auf den Sohn. Der Betreffende wird auf einer breiten Bank in eine halberhöhte Stellung gebracht. Ein Assistent sitzt hinter ihm und umfasst seine Taille. Der Penis wird 3 Mal in einem Decoct von Pfefferschalen gebadet, dann die Geschlechtstheile mit einem Zug eines sichelförmigen Messers abgeschnitten. Ein Pfropf wird in die Urethra gesteckt und sodann die Wunde mit in kalt Wasser getauchtem Papier bedeckt. 3 Tage lang darf der Patient nichts trinken und auch kein Wasser lassen. Dann wird der Verband sammt dem Pfropf entfernt. Die Wunde schliesst sich in etwa 100 Tagen Ungefähr 2% der Operirten sterben, theils durch Blutung, theils in Folge von Entzündung. **Underhill** (Edinburg).

17. **Schönberg.** Ein osteomalakisches Becken.

(Norsk Magaz. for Logeridenskab 3 R. 7 B. 7 H.)

Die Meinung, dass Beckenverengungen höheren Grades selten in Norwegen vorkommen, ist mehr auf allgemeine Eindrücke, als auf positive Beobachtungen gestützt. Ein Fall von Osteomalakie wurde October 1876 in der norw. med. Gesellschaft erwähnt (Frantze), und soeben hat Verf. zufällig ein osteomalakisches Becken bei einer Frau constatirt, die wegen einer Utero-Vaginalfistel operirt werden sollte, welche bei der letzten Entbindung — Wendung und schwierige Extraction — entstanden war. Die anomale Beckenform war bei der Geburt nicht entdeckt worden. Das Becken war evident osteomalakisch, die Krankheit wahrscheinlich während der dritten Schwangerschaft entstanden. Die 4. Geburt verlief schwierig ohne Operation, die 5. wie oben erwähnt nach drei Tagen Geburtsarbeit. — Innere Beckenmasse sind nicht angegeben. Diam. B. 18 Ctm., der quere Durchmesser im Ausgange 7 Ctm. **Ingerslev** (Kopenhagen).

18. **Hirschsprung.** Die angeborene Verschliessung des Gallenausführungsgangs.

(Hosp. Tid. 2 R. IV. No. 35.)

Das ausgetragene Kind bot bei der Geburt nichts abnormes dar. Während und nach dieser wurde Meconium entleert, die später folgenden Dejectionen waren aber wie geronnene Milch, ohne Spuren von gelber Farbe. Am dritten Tage Icterus und Vergrösserung der Leber. In den folgenden 6 Wochen nahm die icterische Farbe der Haut und des Harnes zu, die Fäces waren immer schneeweiss. Danach folgte langsame Abmagerung, Meteorismus, blutiger Schnupfen und Ohrenfluss, Oedem der unteren Extremitäten, und nach 4 Monaten der Tod. — Keine Section. — Verf. hält die Krankheit für eine Obliteration des Gallenausführungsgangs. 12 Fälle sind aus der Literatur gesammelt. Von Bedeutung ist das Verhältniss des Stuhlgangs, ob Meconium entleert wird, oder die erste Dejection gleich weiss ist. Im letzten Falle muss an einen Bildungsfehler der Leber gedacht werden, im ersten an eine im Fötalleben entstandene Unterbrechung der Gallenwege, und dann wahrscheinlich eine Entzündung. Diese denkt Verf. sich von der inneren Bekleidung der Gallenwege, der Schleimhaut und den Drüsen ausgehend, die Canäle obliteriren, und der Process ist fertig, im Gegensatz zu einer anderen Art angeborener Abnormitäten, wo das Bindegewebe in der Porta hepatis der Ausgangspunkt der Entzündung ist, und wo die A. porta und Art. hepatica auch angegriffen werden (Peripylephlebitis von Virchow und Schüppel als syphilitisch betrachtet). Hier treten unter den Symptomen Darmblutung und Milzvergrösserung zu.

Ingerslev (Kopenhagen).

19. **Verrier.** Schwere Geburt bei einer alten Erstgebärenden.

(Annales de la société de méd. d'Anvers 1877. April u. Mai.)

Eine 35jährige, seit einem Jahre verheirathete Frau liegt fünf Tage in Geburtswehen. Das Kind ist abgestorben, die Frau auf das Aeusserste erschöpft. Jauchiger Abgang aus der Vulva. Der dicke, nur wenig geöffnete Gebärmutterhals erweiterte sich etwas nach längerem Zuwarten. Der Kopf wurde zunächst perforirt. Als danach keine Wehen erfolgten, wurde ein vergeblicher Zangenversuch gemacht. Auch die Kephalotribe glitt ab in Folge des zu engen Collum.

Hierauf machte Bailly noch eine zweite Perforation und entwickelte mittels der von ihm construirten gefensterten Kephalotribe das Kind. Tod 1 Tag post partum.

Leopold (Leipzig).

20. **F. Dreyfous** (Paris). Glandula obturatoria.

(Progrès méd. Paris 1877. No. 31.)

Bei Gelegenheit der Autopsie einer an perimetritischem Exsudat verstorbenen Frau macht Verf. besonders auf die Existenz und Schwellung der Glandula obturatoria (Ganglion retropubien) aufmerksam, welche zuerst von Cruveilhier am innern Eingang des Canalis obturatorius gefunden wurde und nach seiner Beschreibung mit vom Uterus abgehenden Lymphgefässen zusammenhängt. (Anat. pathol. de Cruveilhier livre XIII.; cf. auch Henle, Anat. III. 437). Verf. constatirt einen ferneren Zusammenhang der genannten Drüse mit den Inguinaldrüsen.

Engelhorn (Stuttgart).

21. **Chavanis.** Nierentuberkulose, uterus septus, absolute Amenorrhoe.

(Lyon méd. Bd. XXV. No. 29. p. 397.)

39jährige decrepide Fabrikarbeiterin. Acute Cystitis, die in chronische mit vollständiger Incontinentia übergeht, vergebliche Behandlung durch 11 Jahre hindurch, dann treten Symptome der Urämie auf: Erbrechen, Diarrhoen, Kopfschmerz, Coma, Tod. Section: Herz gesund, Adhärenzen der linken Pleura, der Leber und der Milz am Diaphragma. Gedärme gesund. Rechte Niere eine mit Flüssigkeit gefüllte Blase, mehrere von einander zu trennende, mit einer pyogenen Membran ausgekleidete Eiterhöhlen, Eiter theilweise eingedickt, Niere vollkommen zerstört. Ureter fingerdick. Nierenfett geschwunden. Linke Niere sehr hart und roth, glänzend, im Ureter ein Kalkcylinder, das Nierenbecken sehr klein. Uterus abnorm klein, Scheidewand, die beiden Höhlen communiciren weder mit sich noch mit der Cervix. Die rechte Höhle enthält klare Flüssigkeit, die linke ein Blutcoagulum. In den Ovarien finden sich weder corpora lutea noch Graaf'sche Follikel. Am rechten Ovarium hängt eine kleine Cyste. Die Frau war absolut amenorrhoisch gewesen.

Fritsch (Halle a/S.).

22. **C. Rothe** (Altenburg). Carcinomatöse Entartung einer Eierstockscyste fälschlich für Extrauterinschwangerschaft genommen.

(Memorabilien 1877. Bd. XXII. Hft. 7. Aug. 9.)

Eine 24jährige Frau, die noch nie geboren, bekommt einmal nach der Cohabitation plötzlich intensive Leibschmerzen mit Schüttelfrost, die sich aber in 2 Tagen verliefen.

Die Regel bleibt nach einiger Zeit aus, der Leib vergrössert sich. Die etwa 7 Monate nach Beginn des Leidens vorgenommene ärztliche Untersuchung weist eine Geschwulst nach, die sich vom linken Hypochondrium nach der rechten Regio Iliac. erstreckt. Einzelne Theile derselben wurden deutlich für Fötustheile gehalten. Daneben fand sich Ascites und Oedem der Füsse.

An Vagina und Uterus ergaben sich keine Zeichen, die für Gravidität sprachen. Placentargeräusch und Herztöne fehlten. Nachdem der Tod plötzlich eingetreten, widerlegte die Section die auf Extrauterinschwangerschaft gestellte Diagnose, indem sich der Tumor als degenerirtes rechtes Ovarium auswies, der mehrfach gedrehte Stiel hing mit dem rechten Ligam. latum zusammen.

Fehling (Stuttgart).

23. **L. Athill** (Dublin). Zwei erfolgreiche Ovariotomien.

(Med. Press 1877. Juli 11.)

Die Operationen wurden in einem von der Gebärabtheilung getrennten Saal des Rotundahospitals vorgenommen. Die 1. Patientin, 19 Jahr alt, ledig, war schon 3 Mal punctirt worden, der Bauchumfang betrug 40″. Die Entfernung der uniloculären Cyste bot keine Schwierigkeiten (Stiel?), die Wiederherstellung erfolgte rasch. Die Diät bestand hauptsächlich in Milch, Sodawasser mit Eis und kaltem Beeftea, mit Ausschluss von Stimulantien.

Die 2. Patientin, 30 Jahr, ebenfalls ledig, 1 Punction war vorangegangen. Bauchumfang 39″. Operation ohne Schwierigkeit. Die Geschwulst enthielt neben ziemlich viel festen Partien eine uniloculäre Cyste. Der Stiel wurde in die Wells'sche Klammer gelegt. Rasche Heilung. Die Narkose wurde in beiden Fällen mittelst Aether bewirkt. **Underhill** (Edinburg).

24. **H. M. Church.** Hemiplegie bei einem Kind nach Zange.

(The Lancet 1877. Juli 28.)

Das Kind kam mit 19 Monaten in Behandlung, es sah gesund aus, doch hing der rechte Arm schlaff herab und konnte nicht bis zur Mundhöhe emporgehoben werden. Das Kind konnte greifen, aber die Finger nicht wieder ausstrecken. Der rechte Schenkel mass in der Mitte $^1/_2$″ weniger an Umfang als der linke; dagegen schien die Kraft und Gefühl ungeschwächt. An beiden Schläfen fanden sich Narben, rechts tiefer. Das Kind war, gemäss Angabe der Mutter nach harter Geburtsarbeit mit Hülfe von Instrumenten zur Welt gebracht worden, erst nach 2stündlicher Bemühung konnte es zu regelmässiger Athmung gebracht werden. Den Tag nachher hatte es rechtseitige Convulsionen gehabt, die sich noch 2 Tage lang wiederholten.

Patientin stellte sich nicht mehr vor. **Underhill** (Edinburg).

25. **A. H. Walker** (New-York). Fälle, welche zu beweisen scheinen, dass Chinin keine wehenbefördernde Kraft besitzt.

(Virga med. Monthl. 1877. Aug.)

Verf. berichtet 2 Fälle, einer bei rechtzeitiger Geburt, der andere bei Abortus, in denen je 13 Gramme und 1 Gramm Chininum sulphur. durchaus keinen Einfluss auf die Wehen ausübten, und meint, dass die bisher angegebenen Erfolge des Chinins wahrscheinlich nur post hoc, eben zufällig, gewesen seien. Als Beleg für diese Behauptung und zum Beweis dafür, dass oft ganz unerwartet und »ohne augenscheinliche Ursache« stürmische Wehen eintreten und die Geburt beendigen, erzählt Verf. einen Fall, in dem 48 Stunden nach dem Blasensprung nur leichte unausgiebige Wehen bestanden, welche die sehr nervöse und aufgeregte Kreissende nicht durch Mitpressen unterstützte. In der Meinung die Entbindung könne noch wenigstens 12 Stunden dauern, gab Verf. Morphium sulph. 0,02 und ging zu Bett. In weniger als einer Stunde wurde er gerufen »das Kind sei schon geboren«. Bald nach seinem Fortgang waren kräftige Wehen eingetreten, die schnell die Geburt vollendeten. Pat. meinte die Medicin sei an dieser raschen Entbindung schuld, während doch in Wirklichkeit das Morphium gar nichts damit zu thun hatte. (Wenn Verf. dem Morphium allen Einfluss auf die rasche Geburtsbeendigung in diesem Falle abspricht, in dem seiner Aussage gemäss wahrscheinlich leichte Krampfwehen vorhanden waren, so möchten wir ihn doch auf den in der Sept. 1877 Nummer des Obstetr. Journal of Great Britain and Ireland erschienenen Aufsatz über »Morphium als Parturifacians« von Dr. Arthur Wipplesworth, verweisen, in dem das Mittel für ganz ähnliche Fälle empfohlen und durch mitgetheilte Fälle diese Empfehlung bestätigt wird. Ref.)

P. F. Munde (New-York).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S., an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Erster Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 10 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 19. **Sonnabend, den 8. December.** **1877.**

Inhalt: 1. **Gerhardt**, Handbuch der Kinderkrankheiten. — 2. **Czarda**, 3. **Meissen**, 4. **Thomas**, Placenta praevia. — 5. **Kaltenbach**, Laparotomie. — 6. **Bantock**, Drainage. — 7. **Wasseige**, 8. **Hyernaux**, Beckenmesser. — 9. **Blum**, Krankheiten der Urethra. — 10. **Nordau**, Allgemeine Therapie. — 11. **Freyer**, Sims Speculum modificirt. — 12. **Rüdinger**, Hirnwindungen. — 13. **Frankl**, Findelanstalten. —
14. **Kleberg**, Elastische Ligatur. — 15. **Hausmann**, Atresie der weiblichen Genitalien. — 16. **Wierer**, Spontane Geburt bei Beckenenge. — 17. **Synnett**, Versehen von Schwangeren. — 18. **Cantù**, Bauchläge. — 19. **Guichard**, Ovarialschwangerschaft. — 20. **Hutchinson**, Bromkali bei Eclampsie. — 21. **Brisbane**, 22. **Cory** und **Cameron**, 23. **Atthill**, 24. **Adams**, Nachblutungen. — 25. **Richardson**, Anenkephalus. — 26. **Gillard**, Extrauterinschwangerschaft.

1. C. Gerhardt. Handbuch der Kinderkrankheiten. II. Bd.

Tübingen, **H. Laupp'**sche Buchhandlung, 1877.

Es war längst ein Bedürfniss gewesen in Deutschland ein ausführliches Handbuch der Kinderkrankheiten zu besitzen. Jeder, der sich eingehender mit Kinderkrankheiten beschäftigte, war gezwungen seine Zuflucht zu ausländischen Autoren zu nehmen. Dabei gab es überhaupt kein Werk, welches den Begriff Kinderkrankheiten so weit fasste, als das vorliegende. Es ist deshalb dem Herausgeber sehr zu danken, dass er dem ärztlichen Publicum ein Sammelwerk bietet, dessen Autorenverzeichniss die namhaftesten und competentesten Mitarbeiter aufweist.

Band II beginnt mit der Asphyxie. B. Schultze war jedenfalls der berufenste Bearbeiter dieses Capitels. Wir finden den Gegenstand in gedrängter aber erschöpfender Weise behandelt. Hierauf bespricht Hennig das Cephalhämatom. Das vorhandene Material ist vollständig zusammengestellt. Verf. will die Eröffnung des nicht vereiterten Cephalhämatoms nur machen, wenn es sich nach 8—12 Tagen noch vergrössert und Druckerscheinungen von Seiten des Ge-

hirns da sind. Beim gewöhnlichen Cephalhämatom sind dieselben doch fast unmöglich, Ref. hält jede Eröffnung eines gewöhnlichen Cephalhämatoms für falsch. Im nächsten Abschnitt folgen die Nabelkrankheiten, Missbildungen, Anomalien der Gefässe, Blutungen, Entzündungen etc. Auch das Sclerodermа ist von Hennig bearbeitet. Er hält es für eine Fluxion zu den allgemeinen Bedeckungen leicht übergehend in venöse Stase, so steht es gewissermassen in der Mitte zwischen den mechanischen, kalten Oedemen und dem entzündlichen Rothlauf.

P. Müller behandelt in prägnanter, übersichtlicher und klarer Darstellung die Puerperalinfection der Neugeborenen. Verf. nimmt an, dass die Uebertragung des Puerperalfiebers unstreitig durch die Placenta, wo das fötale Blut inficirt wird, stattfindet. Diese Infection ist sowohl in der Gravidität als auch während der Geburt möglich. Der zweite Weg der Infection ist der Nabel, und natürlich jede zufällige Verletzung. Auch für die Möglichkeit einer Uebertragung durch die Milch spricht sich Verf. mit Reserve aus. Ref. erlaubt sich auf die Möglichkeit einer Infection von der Lunge aus hinzuweisen, das Epithel der fötalen Lunge ist von dem späteren etwas verschieden, und die klinischen Beobachtungen scheinen dafür zu sprechen, dass die eben entfaltete Lunge vulnerabler ist als die gleichsam abgehärtete des erwachsenen Menschen. Die pathologische Anatomie ist sehr kurz abgehandelt, Verf. steht im wesentlichen auf dem Buhl'schen Standpunkt. Die Symptomatologie, Diagnose etc. kann natürlich keine neuen Gesichtspunkte enthalten. An diesen Abschnitt schliesst sich die Schilderung der acuten Fettentartung der Neugeborenen an. Verf. folgt Buhl, Hecker, Fürstenberg etc. — Schultze hat den Icterus neonatorum bearbeitet. — Da die verschiedenen Formen an entsprechende Stellen des Lehrbuchs gehören, so wird hier nur der »gewöhnliche, gutartige, wir dürfen wohl sagen normale Icterus« abgehandelt. Häufig ist die gelbe Färbung der Haut die unmittelbare Folge des Erythems der Hauthyperämie, wie sie wegen der Circulationsveränderungen nach der Geburt fast normal ist. So sind auch die Fälle zu erklären, wo nur eine Conjunctiva icterisch erscheint. Viele Hypothesen sind nicht bewiesen. Wird eine Gallenresorption angenommen, so ist der Zeitpunkt derselben die Geburt. Verf. acceptirt die Erklärung von Frerichs, dass die unmittelbar nach der Geburt bestehende verminderte Füllung der Blutgefässe der Leber Veranlassung zur Resorption geben könne.

Da wir uns in unserem Blatt auf die Besprechung der Krankheiten der Neugeborenen beschränken, so müssen die übrigen Abtheilungen unberücksichtigt bleiben. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

2. **G. Czarda.** Ueber Placenta praevia.

(Wiener med. Presse 1877. Juni — August.)

Verf. geht von einem selbstbehandelten Falle aus und bespricht in übersichtlicher Weise Geschichte, Aetiologie, Anatomie, Sympto-

matologie, Verlauf der Gravidität, der Geburt und die den verschiedenen Perioden entsprechende Therapie bei Placenta praevia. Der selbstbehandelte Fall betraf eine V para, die bei vorhandenen Wehen und angeblich abgeflossenem Fruchtwasser heftig blutete. Der Muttermund war für 2 Finger durchgängig, Kolpeuryse durch eine Wunde vermehrte die Wehen und das Ost. ext. wurde so weit geöffnet, dass man mit der Hand in die Uterushöhle dringen, die Wendung ausführen und die Extraction folgen lassen konnte. Das Kind war lebend, die Mutter genas. —

Verf. hebt die von verschiedenen Autoren angegebenen Veränderungen an der Placenta hervor, wenn sie praevia war, so deren membranartige Ausbreitung, die Hufeisenform, die Theilung in 2 ungleichartige Lappen, die Ringform mit centraler Verödung des Gewebes, die Ueberhäutung des sich präsentirenden Lappens. Bei der Darstellung der Anschauung verschiedener Autoren über die Ursache der Blutung scheint sich Verf. der Duncan'schen Anschauung zuzuneigen, wonach die Abhebung der Placenta und Blutung durch die gegen das Ende der Schwangerschaft erfolgende Verlängerung der Haftstellen der Placenta verursacht wird. Aus der Zusammenstellung der verschiedenen therapeutischen Massregeln geht hervor, dass die Sprengung der Blase bei Plac. praev. part. bei Längslagen und vorhandener Wehenthätigkeit mit Vortheil angewendet wird, dass sie aber auch häufig im Stiche lässt, und die nachher nothwendigen Massnahmen (Wendung) erschwert; weiter, dass die Tamponade heute die meisten Anhänger hat und dass meist der C. Braun'sche Kolpeurynter angewendet wird; dass die Anschauungen über den Werth und die Zweckmässigkeit der Wendung nach Braxton Hicks noch sehr getheilt sind; dass die Mehrzahl der Geburtshelfer mit der Wendung und Extraction zu warten scheint bis das Ost. ext. für die Hand durchgängig ist; dass die partielle Loslösung und totale Entfernung der Placenta vor der Geburt des Kindes wenig geübt wird.

Nach der Geburt und Ausstossung der Placenta tamponiren noch Einige (zum Glück nur Wenige) die Scheide und den Uterus um Nachblutungen zu verhindern. — Der Verlauf des Wochenbettes ist nach der Angabe der meisten Autoren in vielen Fällen ungünstig da die tiefe Placentarstelle die Gelegenheit zu puerperaler Erkrankung erhöht. —

Bandl (Wien).

---

3. **E. Meissen.** Ueber Placenta praevia und deren Behandlung.

Inaug.-Diss. Berlin 1877.

Das vom Verf. benutzte Material von 24 Fällen reiht sich an das von Hartkop und Paessler aus der geburtshülflichen Klinik in Berlin publicirte an. Nach Schröder lässt Verf. die Blutungen dadurch zu Stande kommen, dass durch die Wehen der untere Ute-

rusabschnitt am unteren Eipol in die Höhe gezogen und dadurch Eioberfläche und Uterusinnenfläche aneinander verschoben werden. Diese Verschiebung ist bei Plac. praev. lat. nur nach dem Blasensprung möglich und bis dahin dauert die Blutung an. Es bleibt gleichgültig ob die Blase vollständig zerreisst oder nur das Chorion, denn die Trennung zwischen diesem und dem Amnion erlaubt ebenfalls die Zurückziehung der Plac. mit dem unteren Uterinabschnitt. Naturgemäss ergiebt sich aus dieser Ueberlegung der Schluss, dass die Blase möglichst frühzeitig zu sprengen ist. Von den 24 Müttern genasen 87,5%, von den Kindern blieben 53% erhalten.

A. Martin (Berlin).

---

4. **T. G. Thomas** (New-York). Die prophylaktische Behandlung der Placenta praevia.

(American Practitioner, 1877. Mai.)

Verf. ersieht aus der Statistik der Placenta praevia, dass trotz der mannigfachen Hülfsmittel, welche uns zu Gebote stehen, theils um die Blutung zu stillen (Erweiterung der Cervix mit Colpeurynter Blasensprengung, theilweiser oder vollständiger Ablösung der Placenta, Tamponade), theils um die Geburt zu beschleunigen (Secale, Wendung, Zange, Craniotomie), immerhin eine grosse Anzahl von Fällen entweder für Mutter oder Kind, oder Beide, tödtlich endet. Nach Simpson sterben ein Drittel der Mütter und über die Hälfte der Kinder, und Real giebt an, dass eine von $4^1/_2$ Müttern, und die grosse Mehrzahl der Kinder sterben. Die Ursachen dieser enormen Mortalität sind nach Verf. 1. die Erweiterung der Cervix zum Durchtritte des Kindes, welche Mutter und Kind der Gefahr von heftiger Blutung durch Placentarablösung aussetzt; 2. die wiederholten Blutungen während der letzten drei Schwangerschaftsmonate, welche die Frau am Ende der Gravidität blutarm, erschöpft und physisch und geistig deprimirt machen; 3. die profusen Blutungen, welche gewöhnlich mit dem Beginn der Geburt eintreten, häufig zu einer Zeit, wo der Arzt nicht zur Hand ist und erst eintreffen kann, nachdem schon ein bedenklicher, sogar tödtlicher Blutverlust stattgefunden hat. Gegen diese Gefahren der letzten drei Schwangerschaftsmonate sind alle die obengenannten Hülfsmittel machtlos; es giebt nur ein Verfahren, welches dem Arzte ermöglicht dem Vorkommen einer profusen oder tödtlichen Blutung in dieser Zeit vorzubeugen, nämlich Zeit und Art der Erweiterung des Cervicalcanales selbst zu bestimmen und zu überwachen, also die Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Diese Methode wurde im Jahre 1864 zuerst von Greenhalgh in London angegeben, 4 Jahre später vom Verf. unabhängig wiederholt und damals 8 Fälle veröffentlicht, in denen dieselbe angewendet worden war. Barnes und Hicks in London Beatt und Oldham in Dublin, Mc Donald in Edinburgh, und Parvin in Indianopolis, Indiana, haben sich seitdem als Anhänger dieser Lehre erklärt. Verf. legt den Grundsatz nieder, dass in jedem Falle von zweifelloser Placenta praevia,

in dem der Blutverlust entweder durch seine Stärke oder seine häufige Wiederkehr das Leben von Mutter und Kind bedroht, die künstliche Frühgeburt eingeleitet werden solle, und sagt, dass die einzige Entgegnung, dass ein frühzeitig geborenes Kind nicht so lebensfähig ist als eines am Ende des neunten Monates geborenes durch den Umstand entkräftet wird, dass ein 8-Monat-Kind ausserhalb des Uterus mit guter pulmonaler Respiration bedeutend bessere Aussichten hat zu gedeihen als ein ausgetragenes Kind, das durch wiederholte Blutungen aus der Placenta exsanguinirt worden ist und dessen Blut zu seiner Oxydation auf eine blutende und theilweise losgelöste Placenta angewiesen ist. Der Vortheil für die Mutter ergiebt sich ohne Weiteres aus dem Vorhergehenden.

Natürlich kann es Fälle geben, in denen dieses Verfahren weder indicirt noch nöthig war, da die Fälle eben ohne üble Folgen durch die Naturkräfte oder Kunsthülfe beendet wurden. Dass aber eine grosse Zahl von Fällen zu Grunde geht, die durch Einleitung der künstlichen Frühgeburt 1 — 3 Monate früher hätten gerettet werden können, steht ebenso fest; und dass man nicht immer gegen einen Blutsturz, wie er bei Placenta praevia häufig vorkommt, vorbeugen kann, beweist folgender vom Verf. beobachteter Fall: Er wurde von einem geburtshülflich sehr beschäftigten und bewanderten Arzte zu einer Dame gerufen, die im 8. Schwangerschaftsmonate wiederholt bedeutende Metrorrhagien gehabt hatte. Die Diagnose lautete auf zweifellose Placenta praevia. Patientin war in der ersten Woche des neunten Monats und ziemlich durch die früheren Blutungen geschwächt. Verf. rieth die sofortige künstliche Frühgeburt, weil die Mutter jeden Augenblick eine gefährliche oder tödtliche Blutung haben könne, weil die Entbindung zu regelrechter Zeit wahrscheinlich ohnedies wegen der Blutung die gefährliche Operation der Wendung nöthig machen würde und weil das Kind schliesslich jetzt weniger Gefahr laufe und ebenso lebensfähig sei als drei Wochen später. Dieser Rath wurde abgewiesen, da der Arzt immer mit der Tamponade und der Wendung gut gefahren sei; er gab aber doch so viel zu, dass das Uebereinkommen getroffen wurde, der Mann solle bei etwa wieder eintretender Blutung sogleich den Verf. und den Hausarzt holen, und sie würden dann die Frühgeburt einleiten. 48 Stunden später wurde Verf. um 3 Uhr Morgens eiligst geholt; die Frau habe soeben wieder angefangen zu bluten. Er eilte hin, aber die Zeit, welche ihr Mann und Verf. zum raschen Anziehen und Hineilen nothwendigerweise gebraucht hatten, hatte zugereicht die Frau verbluten zu lassen. Sie lag todt in einer Lache von Blut. Das Kind wurde gewendet, war aber auch schon todt. Dass Mutter und Kind durch das von ihm gerathene Verfahren gerettet worden wären ist die feste Ueberzeugung des Verf. Solche Fälle sollten veranlassen nicht hartnäckig an den alten Methoden zu hängen, sondern ein besseres Verfahren zu suchen, welches Verf. in dem hier vorgeschlagenen gefunden zu haben glaubt.

Verf. erzählt nun 11 Fälle, welche er auf diese Weise behandelt hat. Die Frauen befanden sich alle in einem Zeitraume von der 30. bis 38. Schwangerschaftswoche; manche von ihnen hatten bedeutende Blutungen erlitten ehe Verf. sie sah, und ist diesem Umstande jedenfalls zuzuschreiben, dass mehrere der sehr frühen Kinder todt geboren wurden.

Die Frühgeburt wurde mit Pressschwamm oder Barnes'schem Colpeurynter eingeleitet, einige Male Wendung und Extraction ausgeführt. Nur eine Mutter starb, und zwar am Puerperalfieber, welches scheinbar direct wenigstens nicht mit der Placenta praevia in Verbindung stand. Von den Kindern waren 5 todtgeboren. In mehreren der Fälle war die Placenta centralis.

P. F. Munde (New-York).

---

5. **R. Kaltenbach** (Freiburg). Beitrag zur Laparotomie bei fibrösen Tumoren des Uterus.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie Bd. II. Hft. 1.)

Die Hysterotomie ist allmälig in die Reihe der berechtigten Operationen getreten, doch innerhalb viel engerer Grenzen als z. B. die Ovariotomie, enger schon wegen der häufig vorliegenden anatomischen Unmöglichkeit, die Operation sicher zu vollenden. Für letztere Fälle ist der anticipirte Climax nach Hegar bestimmt eine segensreiche Rolle zu spielen, in Fällen der ersteren Art kann man hoffen durch Verfeinerung der diagnostischen und technischen Hülfsmittel zu allmälig grösserer Vervollkommnung zu gelangen. Mittheilung von casuistischen Fällen, die in irgend einer Beziehung wichtige Punkte darbieten, ist daher immer wünschenswerth.

Fall 1 betraf eine 40j. Person mit grossem Fibrocystoid des Uterus; von diagnostischem Interesse war hierbei, dass Ovarien, Tuben, Gefässe sich äusserlich deutlich durchfühlen liessen. Die combinirte Untersuchung ergab, dass der Cervix ziemlich schlank war. Bei der Operation gelang es manuell den unverkleinerten Tumor ganz vor die Bauchwunde zu wälzen, worauf die Abschnürung mit Drahtschlingen nach der Péan'schen Methode gemacht wurde. Der Cervix wurde dann mittelst Lanzennadeln in die Bauchwunde eingenäht, die Oberfläche mit Liquor ferri bepinselt und eben solche Tampons bei einer Nachblutung in den nächsten Tagen aufgelegt. Der Tod erfolgte an Septikämie 5 Tage nach der Operation, dieselbe ging aus von dem gangränös gewordenen Schnürstück. Bemerkenswerth war hierbei, dass unter einer festen Kruste von Chloreisen schon im Innern Gangrän vorhanden war.

Fall 2. Eine 48jährige Person, bei der vor 4 Jahren die Menopause eingetreten, war mit einem apfelgrossen subserösen Myom des Uterus behaftet. Die Erscheinungen, durch seine Lage in der Kreuzbeinaushöhlung bedingt, waren die der Compression, daneben bestanden heftige Schmerzanfälle cardialgischer Natur. Durch eine

glatt verlaufene Operation wurde der Tumor entfernt, nach 10tägigem Ausbleiben kehrten die cardialgischen Erscheinungen wieder, wenn auch nicht in der alten Stärke. 7 Monate hernach starb die Patientin an Carcinom des Magens. Auffallend ist hierbei, dass zur Zeit der Operation nach 3jährigem Bestehen der cardialgischen Erscheinungen die prägnanten Symptome des Magencarcinoms noch fehlten.

Der 3. Fall wurde beobachtet an einer 47jährigen Frau. Dieselbe hatte ein schon Jahre lang bestehendes, aber in der letzten Zeit stärker gewachsenes subseröses Myom, das stielartig am Fundus aufsass, und in Folge dessen einen irreponibeln Vorfall des Uterus und der Scheide. Bei der Operation mussten einige Adhäsionen mit Catgut unterbunden werden, der Tumor wurde nach der Péan'schen Methode entfernt und der Stiel durch Nadeln in der Bauchwunde befestigt. Der Stielrest wurde in diesem Fall von Anfang an täglich mehrmals sorgfältig mit Chlorwasser abgespült. Trotz unangenehmer Zwischenfälle (Embolie?) trat Heilung mit Bildung eines Trichters im untern Wundwinkel ein; später zeigte sich in diesem Winkel eine beginnende Bauchhernie. **Fehling** (Stuttgart).

---

6. **G. Bantock** (London). Ueber Drainage bei der Ovariotomie.

(Brit. med. Journal 1877. Sept. 29.)

Redner betont, dass in den Werken von Spencer Wells und Peaslee nichts über Drainage zu finden sei. Der Vorschlag von Marion Sims zur Vermeidung der Septikämie nach Ovariotomien die Drainage des Douglas vorzunehmen, gelte nur für Fälle, wo bei reichlichen Adhäsionen auch nach der Operation noch Einfliessen von Blut und Serum zu befürchten sei, oder wo von der Ovarialflüssigkeit hineingelangt sei. Verf. führt kurz 5 Fälle von Ovariotomien an, wo wegen verschiedener erschwerender Umstände — 2 Mal war Ruptur der Cyste vor der Operation eingetreten — mit Erfolg nach der Operation von der Wunde aus eine Glaskanüle bis in den Douglas eingeführt wurde. In 2 Fällen nimmt Verf. an, dass wegen der reichlichen Adhäsionen ohne die Drainage die betreffenden Patientinnen nicht durchgekommen wären. Die gebrauchte Kanüle ist die von Keith empfohlene, die nur 1″ weit über dem unteren offenen Ende Löcher hat; aussen ist eine Vorrichtung um das Hineingleiten in die Bauchhöhle zu verhindern. Es kommt so nur der Spiegel der in der Röhre befindlichen Flüssigkeit mit Luft in Berührung, dieselbe wird durch Aspiration mittelst einer Glasspritze entfernt. Auf die äussere Oeffnung kommt ein in 5% Carbollösung getauchter Schwamm. Die Kanüle bleibt solange noch Secretion andauert; die längste Zeit war 5 Tage. Wesentlich ist es einen guten Compressivverband anzulegen.

In einem 6. tödtlich verlaufenen Fall nach Ovariotomie war die

Drainage des Douglas gelungen: es war jedoch durch eine partielle Ansammlung von Secreten zwischen Leber und der durch Adhäsionen rauhen Bauchwand die tödtliche Septikämie bedingt worden.

Fehling (Stuttgart).

---

7. **Wasseige.** Ueber Beckenmessung.

(Bulletin de l'acad. royale de médecine de Belgique. Bd. XI. Hft. 5.)

Nach einer Kritik der bisher mehr oder weniger gebräuchlichen Messinstrumente für die Conjugata vera und diagonalis, beschreibt W. einen von ihm construirten Beckenmesser. Derselbe besteht aus zwei über einander liegenden Metallschäften von 28 Ctm. Länge. Beide bilden einen viereckigen Schaft von 4 Mm. Dicke und 7 Mm. Höhe. An dem einen Ende sind beide durch Charniergelenke mit einem **S** förmigen, 55 Mm. langen Metallstück verbunden, dessen Spitze beim Messen an das Promontorium gelegt wird. Am anderen Ende werden beide Metallschäfte durch eine Stellschraube aneinander befestigt. Auf den Schäften läuft eine 9 Ctm. lange, gebogene, am Ende mit einem Knopfe versehene äussere Branche hin, die durch eine Schraube beliebig fixirt werden kann. Diese äussere Branche kommt beim Messen an die Symphyse. Handhabung des Instrumentes und Berechnung der Conjugata wie bei dem von van Huevel.

Leopold (Leipzig).

---

8. **Hyernaux.** Rechtfertigung des van Huevel'schen Beckenmessers.

(Bulletin de l'acad. royale de médecine de Belgique. Bd. XI. Hft. 6.)

Verf. kritisirt den in der gleichen Zeitschrift (Bd. XI. Hft. 5) von Wasseige construirten und beschriebenen Beckenmesser, stellt ihn als entschieden unzweckmässig und schwer anwendbar hin und räumt, ihm gegenüber, dem Beckenmesser von van Huevel alle von Wasseige abgesprochenen Vorzüge ein. **Leopold** (Leipzig).

---

9. **Blum.** Die Affectionen der weiblichen Urethra.

(Arch. général. 1877. August. p. 129. Sept. p. 307.)

Verf. beschreibt in einer grösseren Arbeit die Affectionen der weiblichen Urethra. Anatomie und Geschichte und Entzündung bringen nichts Neues. Betreffs der gewiss häufigen Fissuren entscheidet sich Verf. nicht, ob man sie als idiopathische Affection, wie die Fissura ani ansprechen soll, oder ob es sich in den meisten Fällen um Cystitis oder Neuralgien des Blasenhalses handelt. Die Dilatation wird empfohlen und dabei Spiegelberg's günstiger Fälle (Berliner klin. Wochenschr. 1875. No. 16) Erwähnung gethan. Unter dem Namen Urethrocele werden allgemeine und theilweise Dilatationen der Harnröhre beschrieben; letztere sind selten, Verf. führt 5 Fälle aus der Literatur an. Prolapsus der Urethra ist die Folge von Schwellung, die ge-

schwollene Schleimhaut wird beim Uriniren allmälig herausgepresst. Der Prolaps kommt fast stets im jüngeren Alter vor. Als Behandlung wird die Reposition, Application von Kälte und Adstringentien in Causticis empfohlen. Die Abtragung ist ultimum refugium und gefährlich. Ref. hat in den allerdings wenigen Fällen stets die Abtragung durch schnelle Ligatur auf einen Katheter gemacht ohne irgend welche üble Zufälle und hält diese radicale Methode, wegen der Unmöglichkeit der Recidive, stets für indicirt.

Zum Schluss werden die Tumoren an der Hand der bekannten Literatur geschildert. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

10. **M. Nordau** (Paris). Die allgemeine Therapie der Uterus- und Vaginalkrankheiten.

(Pester med.- chirurg. Presse 1877. No. 34 u. 35.)

Die folgenden Mittheilungen sind einem klinischen Vortrag des Dr. Martineau, Arzt an einem Specialspital für Frauenkrankheiten entnommen. Derselbe vertritt auch für Uterinerkrankungen den Boden der Montpellier'schen Schule, wonach sie sämmtlich auf gewisse Diathesen zurückzuführen sind, und zwar nimmt er 5 solche an: Scrophulose, Syphilis, Arthritis, Herpetis und Chlorose. Unter dem Bild der Scrophulose zeigen sich Endometritis und Metritis chronica sowie periuterine Phlegmone; die Therapie soll hier entsprechend in Leberthran, Jod, Brom, Gentiana, sämmtlich innerlich genommen, bestehen; daneben Bäder mit Kalisulfat. Ferner soll eine grosse Classe von Unterleibsleiden von Syphilis abhängen. In Folge von Arthritis, die durch übermässige Bildung von Harnsäure und Verminderung des Harnstoffs bedingt wird, kommt es zu chronischen Eruptionen auf den Schleimhäuten der Vagina und des Uterus; hier ist Natron bicarbonicum allein, oder in Verbindung mit kohlensaurem Lithion angezeigt. Gegen Herpetis wird Arsenik empfohlen.

Die locale Therapie besteht weniger in Aetzungen als Bädern mit Schwefel, Kochsalz, Natron carbon. und Arsenik.

Fehling (Stuttgart).

---

11. **Freyer.** Modification des Sims'schen Speculums.

(Med. record. 1877. Sept. 22. p. 597.)

F. hat besonders für Rectaluntersuchungen das Sims'sche Speculum aus Draht construirt, so dass allemal 4 Drähte je $^1/_8$ Zoll dick eine Halbrinne bilden. Das Instrument gestattet so stets einen Ueberblick über die gesammte Schleimhaut auf einmal, auch wird der Wegfall der reflectirenden Fläche wenig vermisst.

Küstner (Jena).

---

12. **Rüdinger** (München). Die Unterschiede der Grosshirnwindungen nach dem Geschlecht beim Fötus und Neugeborenen mit Berücksichtigung der angeborenen Brachycephalie und Dolichocephalie.

(Beitrag z. Anthropol. u. Urgeschichte Baierns 1877. Bd. I. p. 286.)

Die vorliegende Mittheilung als Vorläuferin einer grösseren Arbeit macht Verf. um auch andere zu ähnlichen Studien anzuregen, damit durch ein reichliches in gleichem Geist gesammeltes und verwerthetes Material die gesetzlichen Normen in der Hirnentwickelung bei beiden Geschlechtern endgiltig festgestellt werden.

Selbstverständlich ist auf eine geeignete Methode zur Härtung. Herausnahme und Aufbewahrung der so weichen Gehirne beim Fötus in erster Linie zu achten, wozu Verf. in der Einleitung die nöthigen Angaben macht.

Die bekannte Verschiedenheit der Schädelformen bei Neugeborenen ist nach der entschiedenen Ansicht des Verf. kein Product der Geburtsthätigkeit. 2 Abbildungen von Köpfchen aus dem 4. Monat zeigen, dass schon in dieser frühen Zeit des intrauterinen Lebens der Grund zur Brachycephalie und Dolichocephalie gelegt sein kann. Viel deutlicher werden diese Unterschiede beim reifen Neugeborenen, wie ja schon Hecker in der bekannten Abhandlung »über die Schädelform bei Gesichtslagen« und seinen weiteren Publicationen nachgewiesen hat. Dieselbe Verschiedenheit wie in der Form der Schädel zeigt sich nun auch an den mit aller Vorsicht herausgenommenen Gehirnen. Dies zeigen die Abbildungen von 2 solchen, beide reifen Kindern angehörig. Das eine Hirn ist 10,4, das andere 8,7 Ctm. lang bei einer Breite von 6,7 resp. 7,4 Ctm. Am langen Hirn verlaufen die Central- und die Scheitelwindungen schräg von vorn nach hinten, am kurzen mehr transversal. Dieser Befund stimmt sehr gut überein mit den Angaben von Wundt, wonach die Wachsthumsenergie des Grosshirns in Beziehung zur Richtung der Windungen steht.

Die Ursachen der Verschiedenheit der Schädel sind schon vor der Geburt in der Bildung der einzelnen Knochen gegeben, wie Verf. übereinstimmend mit Hecker annimmt so z. B. in dem grösseren Sagittaldurchmesser der Schädelknochen bei Langköpfen, in der rhomboiden resp. rechtwinkligen Form der Scheitelbeine, in der Verschiedenheit der Krümmung der Hinterhauptsschuppen, im Verhalten des Angulus mastoideus u. s. w. Zugleich ist bei Langköpfen die Capacität des Schädels überhaupt grösser als bei Kurzköpfen, ebenso der Horizontalumfang.

Vergleichende Wägungen der Gehirne am neugeborenen Knaben und Mädchen ergaben nun ein Ueberwiegen des Gewichts bei ersteren um ca. 80,0, eine Zahl, die durch grössere Beobachtungsreihen allerdings noch etwas modificirt werden kann. Ebenso sind die Hauptdurchmesser des Gehirns beim Mädchen etwas kleiner als beim Knaben.

Das erste Auftreten der Hirnwindungen ist nicht an eine ganz

bestimmte Zeit geknüpft, im Durchschnitt um die 18.—20. Woche. Die Stirnlappen erscheinen bei männlichen Föten etwas massiger, am weiblichen Hirn sind im 7. und 8. Monat alle Windungen bedeutend einfacher als bei männlichen. Der männliche Scheitellappen ist zugleich stets viel stärker gefurcht. Die schiefere Richtung der Centralfurche, die beim männlichen Fötus sehr häufig ist, kann wohl nicht direct dem Geschlecht zugeschrieben werden, sondern ist als durch die Form des Schädels bedingt anzusehen. Die Fossa Sylvii wird beim Knabenhirn bälder geschlossen und die senkrechte Spalte an der Innenfläche der Hemisphären ist bei ihnen stärker eingesenkt; endlich sind an dieser Stelle die Windungen beim männlichen Geschlecht viel stärker entwickelt.

Alle diese Unterschiede sind beim Neugeborenen noch vorhanden, allein nicht mehr in so scharfem Gegensatz wie im 7. und 8. Monat.

Einen weiteren Beweis für die Richtigkeit der vertretenen Anschauung giebt das Studium von Zwillingsgehirnen gleichen und verschiedenen Geschlechts, wofür die beigegebene Tafel mit Abbildungen am deutlichsten spricht. **Fehling** (Stuttgart).

---

13. **I. Frankl** (Budapest). Ueber Findelanstalten.

Budapest, **S. Zilahy,** 1877. Preis 30 Kr. ö. W.

Unter obigem Titel publicirt der Verf. eine Brochüre, die nebst 2 über das Findelwesen bereits publicirten Aufsätzen eine Uebertragung des Ch. Diedens'schen Besuches im Londoner Findelhause (Householwords 19. Bd.) enthält. — Er tritt für die Errichtung von Findelhäusern ein und widerlegt die vorgebrachten Gründe als ob Findelhäuser die Immoralität mehrten und die Kindersterblichkeit nicht verminderten — indem er ausführt dass die Zahl der unehelichen Geburten gewissen Gesetzen unterworfen ist und blos durch die socialen Verhältnisse vermehrt wird.

Der Vorwurf allzugrosser Sterblichkeit in den Findelanstalten stammt daher, dass man in denselben zwischen noch athmenden und lebensfähigen Kindern nicht genügend unterscheidet; dann aber, dass man die Sterblichkeit der Findelanstaltskinder mit der allgemeinen Mortalität statt blos mit der Mortalität armer ehelicher Kinder vergleicht.

Im II. Aufsatze giebt Verf. ein eingehendes Bild der Findelanstalten der europäischen Staaten. Interessant sind die Daten über Russland, die trotz munificent eingerichteter Anstalten 67,4—62,77% Sterblichkeit der Kinder des ersten Jahres aufweisen; während Wien im Jahre 1867 mit 67% heute nur noch auf 47% steht. In Berlin (nach Albu) starben von 100 lebenden Kindern im ersten Jahre eheliche 34,34%, uneheliche 58,51%. —

Seit Erschwerung der Aufnahmsbedingungen und Einführung weiterer Reformen ist die Zahl der in die Wiener Findelanstalt Aufgenommenen im steten Sinken (1867 hatte 23609, 1875 nur schon 20354).

Mit der Wiener Anstalt ist zugleich ein Ammeninstitut verbunden. Indem sich Verf. nunmehr gegen die unbedingte Aufnahme und gegen das sogen. protestantische Versorgungssystem der Kinder gegenüber dem sogen. katholischen (wonach weder nach Vater, zum Theil auch weder nach der Mutter geforscht wird) ausspricht, empfiehlt er die Errichtung von Centralanstalten als Pflegestation für kranke und Durchgangsstation für gesunde Kinder aus Staatsmitteln, wobei auf das reiche Unterrichtsmaterial hingewiesen wird; — verlangt eine proportionelle Erhöhung des Pflegelohnes, als Hebels zur Erhaltung der Kinder, Ueberwachung der Pfleglinge durch Wohlthätigkeitsvereine, endlich Unterstützung der Mütter nach Art der »Secours aux filles-mères«, und Unterbringung nur an Brustmütter. —

Dass die Sterblichkeit der Kinder in den Städten durch die Findelanstalten nicht vermehrt werde, zeigt er aus Körösi's tabellarischer Zusammenstellung von 22 Städten (Ueber die Sterblichkeit der Stadt Budapest), wo jene die geringere Zahl aufweisen, die Findelanstalten besitzen. (Hängt lediglich von der Art der Vertheilung nach aussen ab. Ref.)

Durch beide Aufsätze F.'s weht ein überzeugender Ton, der Vortrag ist dabei leicht und fliessend, das gesammelte Material ist gut verwendet und bietet genug des Interessanten. Trotz des localen Charakters dürfte das Werkchen auch fernerstehende, sich mit der Findelhausfrage befassende Kreise interessiren. Die Ausstattung ist sorgfältig und nett. — **Elischer** (Budapest).

Casuistik.

14. **Kleberg** (Odessa). Drei Ovariotomien und 3 Exstirpationen des Uterus mit Anwendung der elastischen Ligatur an Stelle der Clamps.
(St. Petersburger med. Wochenschrift 1877. No. 39.)

1. 40 Jahr, seit 3 Jahren sanduhrförmige Geschwulst des Unterleibs von Mannskopfgrösse. Uterus $2^1/_2$″ lang sondirt. Operation: Incision vom Schambein bis über den Nabel. Keine Adhäsionen, das Collum uteri geht unmittelbar in die Geschwulst über. Ein 1 Ctm. dicker Troikart wird von vorn nach hinten durch den Hals des Uterus gestossen. Nach Entfernung des Stilets wurden 4 $1^1/_2$ Fuss lange Gummiröhren von $^1/_2$ Ctm. Dicke, durch den Troikart geführt und je zwei rechts und links zusammengeknotet. Tumor, lig. lat. und rot. und Ovarien liegen oberhalb der Ligatur. Diese wird durch Einschnüren mit Seidenfäden gesichert. 1″ über der Ligatur wird alles mit dem Messer abgetragen. Keine Blutung, Versenkung des Stiels. Die Geschwulst wiegt 10 Pfund. Myom. Noch 8 gefensterte Gummiröhren werden um den Stiel herum eingeführt. Nasser Carbolverband. Nach 12 Tagen hat sich der Stumpf abgestossen. Die elastischen Ligaturen halten noch. Drainageröhren successiv entfernt, ebenso nach wieder 12 Tagen die elastischen Ligaturen. 18 Tage später Pat. gesund entlassen.

2. Sarcoma uteri et ovarii utriusque in $1^1/_2$ Jahren entwickelt reicht bis zum Proc. ensiformis. Viele Adhäsionen, die Iliaca riss bei der Operation ein und musste unter entsetzlichem Blutverlust zugenäht werden. Die elastische Ligatur sicherte auch hier gegen Blutung. Tod nach 38 Stunden.

3. Fibroenchondroma uteri, Cyst. multiloc. ovarii. utriusque. 30jährige Jung-

frau, seit 3 Jahren Geschwulst bemerkt. Operation wie oben. 14 Tage danach der Stumpf mit einer Lig. entfernt, nach 8 Tagen die zweite. Geheilt entlassen 38 Tage nach der Operation.

4. Carcinoma ovarii dextri. Pat. 23 Jahr, harte unebene Geschwulst reicht bis zum Proc. xiphoid. Grosse Incision. Enorm harte, blutarme, brüchige Geschwulst Verwachsung mit dem Netz. Stiel der Geschwulst 1″ dick, 3″ breit, 4″ lang. Geschwulst schwer entwickelt wird in der Schwebe gehalten und wie oben behandelt. Netz unterbunden. Nach Beendigung der Operation: »im oberen Wundwinkel lag eine etwa handgrosse Partie Netz mit riesig erweiterten Gefässen, dann noch abwärts 8 Suturen, dann im unteren Wundwinkel der von 16 (8 gefensterte und 8 ungefensterte) Drainageröhren umgebene Stiel.« Da er stinkt, wird er mit Liqu. ferri durchtränkt. 8 Tage nach der Operation eine elastische Ligatur und der halbe Stiel, dann täglich 1 Drainageröhre, am 12. Tage nach der Operation der Rest des Stiels entfernt. 35 Tage nach der Operation gesund entlassen.

5. Cyst. multiloc. ovarii sinistr. 54jährige Jungfrau. Viele Adhäsionen. Künstliche Stielbildung, nach 36 Tagen gesund entlassen.

6. Cystocarcinoma ovarii utriusque. Ovariotomie duplex. 28 Jahr, seit 6 Jahren Ascites. 20 Mal pungirt, viele Adhäsionen. Die elastische Ligatur reichte hin, um Blutung zu verhindern, doch blieben Geschwulstreste zurück. Alte Peritonitis mit stalactitenförmigen Incrustationen. 6 Tage nach der Operation Tod durch Entkräftung.

Die elastische Ligatur soll überall da gebraucht werden, wo man früher den Ecraseur anwendete. **Fritsch** (Halle a/S.).

15. **Hausmann** (Berlin). Ueber die Behandlung gewisser Atresien der weiblichen Geschlechtsorgane.

(Zeitschrift f. Geburtsh. und Gynäkologie Bd. II. Hft. 1.)

Folgender Fall gab Verf. Anlass zur Prüfung der vorliegenden Frage: Ein 18jähriges kräftiges, gut entwickeltes Mädchen hatte seit 6 Monaten molimina menstrualia, ohne dass es je zu Blutabgang gekommen wäre. Die Untersuchung ergab einen Scheidenverschluss in der Mitte derselben auf etwa 1 — 2 Ctm., darüber den Uterus kugelförmig ausgedehnt, etwa dem 4. Schwangerschaftsmonat entsprechend, von ihm zur rechten Spina sup. ant. il. verlaufend eine etwas weniger breite Geschwulst, die bei den Athembewegungen keine Verschiebbarkeit zeigte. Es wurde dieselbe als der durch Blut ausgedehnte rechte Eileiter angesehen. Der beabsichtigten Operation entzog sich die Patientin.

Unter Zugrundlegung eines reichlichen literarischen Materials zeigt nun Verf., dass ausser Verletzung der Nachbarorgane bei der Operation und der septischen Infection es besonders die Zerreissung der Eileiter ist, welche die Operation gefährlich macht. Diese kann eintreten, in Folge äusserer mechanischer Einwirkung oder nach Entleerung des ausgedehnten Uterus, indem der Eileiter gezerrt wird. Eine Entleerung des im Eileiter angesammelten Bluts in die Gebärmutter hinein, ist im ganzen selten zu erwarten, da nach Puech unter 258 Fällen nur 15 Mal das Ostium uterinum der Tuba weit genug war, um den Inhalt durchtreten zu lassen.

Es liegt also nahe zuerst die Entleerung dieses Blutsackes vorzunehmen, da dieselbe mit grösserer Lebensgefahr für die Frau verbunden ist, und dann erst die des Uterus. Hegar und Kaltenbach empfehlen dies durch Einstich von der Scheide oder vom Mastdarm aus. Das erstere ist in vielen Fällen nicht anwendbar, das zweite überhaupt gefährlich. Für solche Fälle wie der vorliegende, wo die Tuba mit der vorderen Bauchwand verwachsen, empfiehlt Verf. den Eileiter unter antiseptischem Verfahren von der äusseren Bauchwand aus mit einem nicht zu dünnen Troikart zu punctiren, und die Entleerung des Uterus erst nachher, jedenfalls vor Eintritt der nächsten Regel vorzunehmen.

Ist die Tuba nicht mit der Bauchwand verwachsen, so soll man durch ein Aetzmittel Verwachsung beider herbeiführen. **Fehling** (Stuttgart).

16. **Wierer** (Bamberg). Spontane Geburt bei engem Becken.

(Bayr. ärztl. Intelligenzbl. 1877. No. 36.)

Verf. schildert einen Fall, wo bei ursprünglich hinterer Scheitelbeinstellung (Litzmann) doch noch der Kopf die richtigen Drehungen schliesslich machte, und bei Zögerung im Beckenausgang leichte manuelle Nachhülfe genügte. Das Becken war ein allgemein etwas verengtes, wesentlich platt dabei, mit tiefstehendem Promontorium. Die beigefügten theoretischen Bemerkungen enthalten nichts neues.

Fehling (Stuttgart).

17. **J. Synnett.** Versehen von Schwangeren.

(Med. Press 1877. Juli 25.)

Als Beweis, welcher Blödsinn hier und da veröffentlicht wird, dient folgendes: Ein Kind wird mit einem Arm geboren, dem vom Handgelenk an die Hand fehlt. Die Mutter gab an, dass sie im 2. Monat ihre linke Hand in einer Maschine stark gequetscht habe, wodurch ihre Nerven eine grosse Erschütterung erfuhren.

Eine 2. Frau gebar ein Kind mit nur einem Arm, nach ihrer Angabe sollte der Schwängerer auch nur einen besessen haben.

Ein Knabe hatte auf der einen Wade sehr deutlich die Form einer Ratte. Die Mutter war in der Schwangerschaft durch eine Ratte stark erschreckt worden, die ihr übers Bein sprang.

Underhill (Edinburg).

18. **L. Cantù.** Bauchlage.

(Gaz. med. ital. Lombardia 1877. No. 32 u. 33.)

Bei einer 23jährigen gesunden Zweitgebärenden mit normalem Becken dauerten die Wehen seit 20 Stunden. Wasser seit 16 Stunden abgeflossen. Muttermund vollständig erweitert. Der Bauch selbst (Kopf rechts) befand sich noch oberhalb des Beckeneinganges; dagegen ragte eine weiche Masse (Geburtsgeschwulst) in die Vagina herein und wurde sogar während der Wehe sichtbar. Erst nach einigen Handgriffen (Versuch einer Zangenanlegung, wegen irriger Deutung des Befundes) fiel die pulslose Nabelschnur vor. Die Insertion derselben am Bauche stand dicht hinter dem linken horizontalen Aste des Schambeins. — Exenterise. Leichte Wendung. Extraction eines reifen, mittelgrossen Mädchens. Puerperium normal.

Liebman (Triest).

19. **A. Guichard** (Angers). Ein Fall von Ovarialschwangerschaft.

(Bulletin de la Société de méd. d'Angers. Arch. de Tocologie 1877. August.)

Eine 34jährige Frau, die 2 Mal geboren hat, glaubt aufs neue schwanger zu sein. Am Ende der muthmasslichen Schwangerschaft, deren Verlauf durch Auftreten von lebhaften Schmerzen und Blutabgang gekennzeichnet war, traten Wehen ein, die aber bald wieder aufhören, ausserdem Blutabgang, Milchabsonderung. Der Unterleib ist ausgedehnt wie bei einer Hochschwangern, in demselben eine mehr auf der rechten Seite liegende 3 Finger über den Nabel reichende Geschwulst, worin ein in Steisslage liegender Fötus durchzutasten ist. Der Uterus war beweglich, angeblich nicht vergrössert, das Scheidengewölbe beiderseits leer. Auf die nach einiger Zeit mit der Uterussonde vorgenommene Untersuchung folgte eine acute Peritonitis, die in einen chronischen Zustand überging, Pat. ging im 14. Monat der Schwangerschaft unter septischen Erscheinungen zu Grund.

Die Section ergab einen fest mit der vorderen Bauchwand zusammenhängenden Sack, der einen in Steisslage liegenden Fötus (45. 1200) enthielt; derselbe war stellenweise, besonders an den Extremitäten, schon im Zerfall begriffen. Der untere Theil der Geschwulst wurde vom rechten Ovarium selbst gebildet. Uterus und linkes Ovarium normal. Die Epikrise enthält nichts bemerkenswerthes ausser der sehr gerechtfertigten Frage, ob nicht vielleicht durch einen operativen Eingriff Pat. hätte gerettet werden können.

Fehling (Stuttgart).

20. **G. W. Hutchinson** (Aberd.). Bromkalium bei Puerperalconvulsionen.

(Practitioner 1877. September.)

Verf. theilt folgende 2 Fälle mit, in denen er Blutentziehung nur mit vorübergehendem Erfolg anwendete, während die Anwendung des Chlorkaliums von raschem Erfolg begleitet war.

1. Fall. Eine 26jährige I para lag besinnungslos auf ihrem Bett, alle paar Minuten traten die heftigsten Convulsionen ein. Die Pupillen waren eng, reagirten nicht auf Licht, Gesicht und Nacken geschwollen und bläulich, Puls voll und rasch. Muttermund etwa Markgross. Es wurde ein Aderlass von ca. 450,0 gemacht. Die Anfälle kamen darauf seltner, doch kehrte das Bewusstsein nicht zurück. Als die Krämpfe wieder häufiger kamen, wurde in der Chloroformnarkose die Wendung gemacht und ein todtes Kind entwickelt; anfangs sistirten dieselben etwas, kehrten aber bald mit erneuter Heftigkeit wieder. Nach ca. 4stündiger Dauer wurde mit der Darreichung des Bromkaliums begonnen, in der Dosis von 1,2 alle 2 Stunden. Darauf liessen die Convulsionen nach, verschwanden aber erst am 3. Tag ganz. Die Bewusstlosigkeit erhielt sich bis zum 5. Tag.

Der 2. Fall betrifft eine I para von 22 Jahren. Die Convulsionen begannen nach einer leichten Entbindung. Bewusstlosigkeit von Anfällen unterbrochen hielt 26 Stunden an, 0,9 Kal. brom. wurde stündlich gegeben, und 180 Blut durch Schröpfen am Nacken entzogen.

Ref. möchte die Wirksamkeit des Kal. brom. in diesen Fällen doch anzweifeln.

Underhill (Edinburg).

21. **J. Brisbane.** Post partum Blutungen und ihre Behandlung.

(The Lancet 1877. August 25.)

Die betreffende Patientin war eine 7gebärende, die vorhergehenden Geburten waren normal verlaufen. Nach Geburt der Placenta begann eine starke Blutung. Durch Eingehen mit der Hand wurde der Uterus zur Contraction gebracht, die Blutung hörte auf, doch erschlaffte er bald wieder, und trotz Wiedereinführung der Hand, Ergotin, Eis starb die Frau im Verlauf einer Stunde. Verf. bedauert, nicht T. ferri sesquichlori bei sich gehabt zu haben, das er sonst mit grossem Nutzen bei schweren Blutungen verwendet. Er tränkt einen Schwamm mit der officinellen Lösung, führt ihn in den Uterus, drückt ihn gegen die blutende Stelle und lässt ihn dort zurück. Bei seinem nächsten Besuch findet er ihn dann stets in der Scheide, üble Folgen hat er nie darnach beobachtet.

Unregelmässigkeit des Pulses betont er als ein viel wichtigeres Zeichen als einfache Frequenz, die auf manchen anderen Gründen beruhen kann. Unregelmässigkeit, plötzliche Steigerung von 80—90 auf 120—130 Schläge hat er blos bei solchen Blutungen beobachtet. In einem der schlimmsten Fälle dagegen fiel der Puls plötzlich auf 50 Schläge. Das häufige Vorkommen von Blutungen in seiner Praxis sieht er als Zufall an.

Underhill (Edinburg).

22. **C. Cory** und **C. Cameron.** Erfolgreiche Transfusion bei schwerer Nachblutung.

(The Lancet 1877. September 15.)

Eine 34jährige Erstgebärende hatte schon 14 Tage vor der Niederkunft einen Blutverlust gehabt. Nach einer naturgemässen Geburt blieb die Placenta adhärent. Bei Eintritt der ärztlichen Behandlung 1½ Stunden nach der Geburt war Pat. im Collaps, fast pulslos. Nach Lösung der Placenta wurde bei fortdauernder Blutung Liquor ferri in Lösung in den Uterus eingespritzt, worauf die Blutung sofort stand. Hierauf wurde erst ein 2. College citirt und nun 300,0 Blut mittelst Roussel's Apparat eingespritzt. Die Frau erholte sich rasch, doch war der Collaps ½ Stunde darauf wieder zurückgekehrt, wurde dann durch Brandy, äussere Wärme etc. bekämpft. Von da ab erholte sich die Frau und stand am 10. Tage auf.

Underhill (Edinburg).

23. **L. Atthill** (Dublin). Post partum Hämorrhagie mit tödtlichem Ausgang.

(Dubl. Journ. of med. Science 1877. Sept. p. 264.)

In einer Versammlung der pathologischen Gesellschaft zu Dublin legte Verf. den Uterus einer Frau von 37 Jahren vor, die an Blutung nach der Geburt gestorben war. Die betreffende Entbindung, die 5., war im Rotunda Hospital selbst

ganz natürlich verlaufen. Nach 2 Stunden hinzugerufen fand er sie schwach, pulslos, Einspritzungen mit Eisenchlorid waren gemacht worden, die Blutung hatte darauf so ziemlich aufgehört, allein sie erholte sich nicht. Es wurde noch eine Transfusion ausgeführt, jedoch nicht mehr als 90,0 dabei eingespritzt. Pat. starb dessenungeachtet 6 Stunden post partum, nachdem in den letzten 2 Stunden keine Blutung mehr stattgefunden hatte. Bei der Section enthielt der Uterus eine Quantität dunkler Coagula, die durchschnittene Wand war blass und blutleer. Sicherlich war kein Eisenchlorid in die Venen gelangt.

Underhill (Edinburg).

24. **J. Adams.** Geburtscomplication durch Pleuropneumonie und schwere Nachblutung.

(The Lancet 1877. Sept. 1.)

Eine 38jährige Frau hatte bei 10 Entbindungen mehrmals starke Blutungen durchgemacht, so 4 Jahre zuvor bei einer Fehlgeburt im 7. Monat. Pat. erkrankte an Pleuropneumonie [am 5. Tag], beim Geburtsbeginn betrug die Temperatur 39,6, Puls 130, Respiration 42. Nach kurzdauernder Geburt wurden Zwillinge geboren, gleich darauf beginnt die Blutung. Durch Eingehen mit der Hand werden Gerinnsel entfernt und der Uterus 2 Mal erfolglos mit kaltem Wasser injicirt. Als Puls und Herzaction schwach wurden, Bewusstlosigkeit eintrat, wurde der Uterus nochmals ausgeräumt, und Liqu. ferri sesquichlor. zur Hälfte mit Wasser verdünnt injicirt. Die Blutung stand darauf sofort und es folgte eine rasche Wiederherstellung.

Underhill (Edinburg).

25. **W. Richardson** (Boston). Ein Fall von Anenkephalus.

(Bost. Med. and surg. Journal 1877. Aug. 9.)

Der vorliegende Fall kam im Bostoner Gebärhaus zur Beobachtung. Die Diagnose der Fruchtlage konnte erst nach Abfluss des ganz ungemein vermehrten Fruchtwassers gemacht werden, die Frucht stellte sich mit dem Gesicht voran. Da die Austreibungszeit zögernd verlief, wurde die Extraction an dem einen Arm gemacht. Die Frucht zeigte ausserdem noch Spina fissa und Umbilicalhernie. Es war ein frühgeborener schon zuvor abgestorbener Knabe.

Fehling (Stuttgart).

26. **L. W. Gillard** (Delta, Louisiana). Fall von Extrauterinschwangerschaft, Ausstossung der Kindestheile durch den Mastdarm. Genesung.

(Virga. med. Monthl. 1877. Sept.)

Patientin, Negerin, 30 Jahr, 2 Kinder. Das Merkwürdige an diesem Falle ist nur, dass nach gewiss dreijähriger Extrauterinschwangerschaft (am normalen Termin waren Wehen eingetreten) die fötalen Knochen anfingen sich per Rectum zu entleeren, und dass nach etwa drei ferneren Jahren fast das ganze Skelet abgegangen war. Die Frau genas dann vollkommen.

P. F. Munde (New-York).

Berichtigung. In der von mir veröffentlichten Tabelle (Krankheiten der Ovarien p. 226) über Erfolge deutscher Operateure bei der Ovariotomie hat sich bei der Statistik Spiegelberg's ein Fehler eingeschlichen, welchen ich hiermit corrigire. Es muss heissen: Spiegelberg: 55 Ovariotomien, **34** Genesungen, anstatt 26 Genesungen.

R. Olshausen.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S., an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Erster Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 10 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 20. **Sonnabend, den 22. December.** **1877.**

Inhalt: I. **Boeters,** Zur Behandlung der Blutungen nach Abort. (Original-Mittheilung.)

1. **Leopold,** Uterusschleimhaut. — 2. **Crocker,** Erisypel und Puerperalfieber. — 3. Bericht aus Stuttgart. — 4. **Delore,** Ergotininjection. — 5. **Galabin,** Uterusprolaps. — 6. **Hicks,** Retroflexio. — 7. **Leichtenstern.** Haemoglobulin. — 8. **Budin,** Gastro-elytrotomie. — 9. **Keller,** Volumverminderung des Schädels. — 10. **Parrot,** Schädelknochensyphilis. —

11. **Langlet,** Jaborandi bei Albuminurie. — 12. **Fruitnight,** Zange bei Steisslage. — 13. **Polaillon,** Knochensyphilis. — 14. **Krauss,** Osteomalakisches Becken. — 15. **Sutton,** Fibrom. — 16. **Johannovski,** Carcinoma ovarii. — 17. **Massart,** Retroversio. — 18. **Petit,** Salicylsaures Natron. — 19. **Clutton,** Atresia recti. — 20. **Jones,** Hernia ovarica. — 21. **Double,** Intermittens bei einem Kinde. — 22. **Richmond,** Atresia vaginae.

I. Zur Behandlung der Blutungen nach Abort.

Von

Dr. **Boeters,**

Assistenzarzt an der chirurgischen Abtheilung des Berliner städtischen Krankenhauses im Friedrichshain.

Gebärmutterblutungen, die von Abort herrühren, kommen sehr oft erst in ärztliche Behandlung, wenn schon einige Tage, selbst mehrere Wochen seit dem Abort verflossen sind. Es ist dann ein häufiger Befund, dass der Cervix sich bereits wieder so stark verengt hat, dass man mit dem Finger nicht so ohne Weiteres in die Uterushöhle gelangen und dort nach der Ursache der Blutung suchen und eventuell Eireste entfernen kann; es ist erst nothwendig, den Cervix mit Laminaria oder Pressschwamm zu dilatiren, um zum Ziele zu gelangen. Ganz abgesehen von dem Zeitverluste, der doch einmal verhängnissvoll werden kann, und von der Gefahr, die ja bei dem Gebrauch der Laminaria bei Aborten, zumal wenn schon Zersetzung der Secrete eingetreten, doch nicht ganz wegzuleugnen ist, ist auch

die Entfernung der Eireste dann häufig nichts weniger als leicht. Wenn die Gebärmutter hochsteht, die Höhle lang, die Bauchdecken und der Damm unnachgiebig sind, so ist ohne Chloroform nichts auszurichten; es bedarf einer grossen Kraftanstrengung seitens des Operateurs, um sich den Uterus genügend herabzudrängen und über den Finger zu stülpen; zuweilen ist ein Assistent dringend erforderlich, der den Druck von den Bauchdecken aus auf den Uterus ausübt, und schliesslich ist auch das Hinausschaffen der Eireste mit dem einen Finger oft noch sehr ermüdend und ist ein Zurückbleiben kleinerer Reste hin und wieder nicht zu verhüten.

Noch complicirter aber gestalten sich die Verhältnisse, wenn die Gebärmutter durch alte Adhäsionen fixirt, oder durch neue Entzündungen in ihrer Umgebung ein Noli me tangere für alle gewaltsameren Manipulationen geworden ist.

In letzterem Falle kann die Entscheidung, ob eine active oder zuwartende Therapie grössere Gefahren mit sich bringt, in der That ausserordentlich schwierig sein. Eine acute Steigerung der Entzündung auf der einen, das Fortwirken der Krankheitsursachen auf der andern Seite, das sind die beiden Uebel, zwischen denen der Arzt zu wählen hat, und von denen oft schwer zu sagen ist, welches das kleinere sei.

In letzter Zeit ist daher zu dem genannten Zwecke auf der Abtheilung des Herrn Dr. Schede ein Verfahren angewandt, das entschieden vor den bisher gebräuchlichen den Vorzug der Leichtigkeit und Gefahrlosigkeit hat und mindestens dieselben Resultate versprechen dürfte.

Wir benutzen nämlich zur Entfernung von Eiresten aus dem Uterus den von Simon zum Auskratzen von Gebärmutterkrebsen angegebenen Löffel, und zwar ohne jede vorausgegangene Dilatation des Cervix; das Verfahren ist einfach folgendes:

Die Pat. wird in Steisslage auf den Operationstisch gelegt und durch die Simon'schen Specula die Portio zu Gesicht gebracht. Zuerst wird vermittelst eines Katheters die Gebärmutterhöhle mit 3 % Karbollösung ausgespült, was besonders bei Zersetzung der Secrete zweckmässig erscheint; dann ein wohldesinficirter Löffel, dessen Stärke sich nach der Weite des Cervix richtet, eingeführt und mit demselben die ganze Gebärmutterhöhle nach allen Seiten in Zügen, die vom Fundus nach dem äusseren Muttermunde gerichtet sind, unter mässigem Drucke abgeschabt. Nach jedem Zuge wird der Löffel mit seinem Inhalte ans Licht gebracht, um denselben zu untersuchen und zu controliren, ob noch Reste vorhanden und in welcher Richtung sie hauptsächlich zu suchen sind. So können leicht alle Massen, selbst sehr kleine Reste, die der Entfernung mit dem Finger grosse Schwierigkeiten bereiten würden, herausbefördert werden, wenn man nur nicht eher aufhört, als noch Gewebspartikel im Löffel enthalten sind.

Wenn die Auslöffelung als genügend angenommen werden muss, wird die Höhle nochmals vermittelst eines Katheters mit 3% Karbol-

lösung ausgespült, und dann in der von Schede für die Behandlung von Secretretention bei Wochenbettfieber (Berliner klinische Wochenschrift 1877. No. 23 und 24) angegebenen Weise die Drainage des Uterus ausgeführt, mit deren Hülfe je nach Bedürfniss die Gebärmutterhöhle mit Karbollösungen ausirrigirt werden kann.

Dies letztere Verfahren empfiehlt sich besonders in den Fällen, in welchen eine Zersetzung der Secrete vorhanden oder zu befürchten ist, bei Geruch des Ausflusses, bei schon bestehendem Fieber und Entzündungen der Gebärmutter und ihrer Umgebung.

Die ganze Operation ist in ungefähr einer Viertelstunde beendet. Die Blutung steht meist sofort; der Uterus contrahirt sich in Folge des starken Reizes, den die Auslöffelung, die Ausspülung und die Drainage macht, und der Entfernung der Eireste sehr stark. Die Schmerzen für die Patientin sind äusserst gering; selbst in den Fällen, wo bereits eine Entzündung der Beckenorgane vorhanden war, war die Anwendung von Chloroform nicht nothwendig.

Dies Verfahren ist bis jetzt in folgenden 9 Fällen, in deren erstem allerdings noch der Pressschwamm benutzt wurde, zur Anwendung gekommen:

1) N. abortirte vor 4 Wochen im 3. Monat der Schwangerschaft; seitdem ständiger Blutverlust, heftige Schmerzen im Unterleib und Fieber. Bei der Untersuchung zeigt sich das ganze Becken von einem sehr empfindlichen, festen Exsudat ausgefüllt, in dem der Uterus rings eingeschlossen lag; Muttermund für den Finger nicht durchgängig. Tamponade erwies sich erfolglos, daher wird nach sorgfältiger Irrigation des Uterus mit Karbollösung ein Pressschwamm eingelegt. Pat. bekam sofort einen Frostanfall; die Temperatur stieg. Durch Digitaluntersuchung wurden schlaffe Eireste an der vorderen Wand des Uterus nachgewiesen und in der Narkose mit dem scharfen Löffel entfernt. Keine Drainage eingelegt. Die Blutung stand sofort, dagegen nahm die Entzündung des Beckenzellgewebes, die durch den Pressschwamm wieder angeregt war, in den nächsten Tagen noch zu und schwand erst allmälig.

In diesem ersten Falle wurde leider der Versuch, ohne vorherige Dilatation des Cervix mit dem scharfen Löffel in den Uterus einzudringen, gar nicht gemacht. Allen späteren Erfahrungen zu Folge würde derselbe gewiss gelungen und damit die Steigerung der Entzündung vermieden sein. Dieselbe zeigte uns aber den Weg, der später eingeschlagen wurde.

Dann wandten wir in diesem Falle noch die Narkose an, weil wir die Schmerzlosigkeit der Manipulation, selbst bei bestehender Entzündung noch nicht kannten; später lehrten ähnliche Fälle, dass sie zu entbehren war. Auch würden wir vielleicht die Entzündung besser in Schranken gehalten haben, wenn wir nach der Auslöffelung Drainagen in den Uterus eingelegt und für bessern Abfluss der Secrete gesorgt hätten.

2) Schw. abortirte angeblich vor $^3/_4$ Jahren im 2. Graviditätsmonat, seitdem fast ununterbrochen Blutverluste von verschiedener Stärke. Uterus anteflectirt; äusserer Muttermund gut, innerer kaum für den Finger durchgängig; in der Gebärmutterhöhle noch starke Eireste nachweisbar. — Die Ausräumung mit dem scharfen Löffel ohne vorhergegangene Dilatation entfernte starke, noch völlig ernährte Eireste; Drainage mit 2stündlicher Karbolirrigation, Schmerzen sehr gering; vom

Uterus keine Reaction; Blutung steht sofort. Drainage wird nach 8 Tagen herausgenommen, Patientin nach 14 Tagen geheilt entlassen.

An diesem Falle lernten wir zuerst, dass der Löffel noch recht gut dahin gelangt, wo der Finger nur mit Mühe hinkommt und nicht mehr zum Operiren benutzt werden kann.

3. Kl. abortirte im 4. Graviditätsmonat; seitdem Blutung. 8 Tage darauf fand sich der Uterus anteflectirt; innerer Muttermund nicht mehr für den Finger passirbar, mit Eiresten gefüllt; Ausfluss stark riechend. — Karbolirrigation; Auslöffelung ohne vorherige Dilatation entfernt noch starke, bis haselnussgrosse Stücke penetrant riechenden Gewebes. Drainage. Die Blutung steht sofort; keine febrile Reaction. Zersetzung hört nach einigen Tagen auf; Drainage nach 8 Tagen entfernt; Pat. kurz nachher entlassen.

4) S. abortirte vor 4 Wochen im 3. Monat; seitdem starker Blutverlust. Uterus bei der Untersuchung retro- und sinistrovertirt; innerer Muttermund für den Finger nicht durchgängig; Tamponade erfolglos. Auslöffelung des Uterus, dieselbe fördert etwas noch ernährtes Gewebe zu Tage. Drainage. Dieselbe wird am folgenden Tage vom Uterus ausgestossen und entsteht eine neue Blutung, die zur Wiederholung der Auslöffelung führt. Kaum noch Gewebsmassen entfernt. Sehr bald sind durch die Contractionen des Uterus die Drains wieder ausgestossen und beginnt eine anfallsweise auftretendeBlutung, die mehrere Tage vergebens mit Eiswasserirrigationen, durch Einleiten von heissem Wasser und einer Lösung von Liq. ferri sesquichlorat. bekämpft wird. Es wird zur Dilatation des Cervix geschritten; die Digitaluntersuchung weist einen ganz kleinen Gewebsrest hoch an der vorderen Wand nach. Derselbe wird entfernt; Uterus nochmals energisch ausgekratzt. Drainage. Blutung steht endlich; keine weitere Reaction. Drainage nach 8 Tagen entfernt; einige Tage später Pat. geheilt entlassen.

Es war dies der erste und bis jetzt einzige Misserfolg, den wir zu verzeichnen haben. Der kleine, an der vorderen Wand festsitzende Rest war dem scharfen Löffel entgangen, ein Zeichen, dass man mit der Auslöffelung nicht sorgfältig genug verfahren kann.

5) P., an Abdominaltyphus erkrankt, abortirte vor 3 Tagen im 3. Monat der Schwangerschaft. Portio steht hoch, nach hinten gerichtet; im eröffneten Cervix ein starker Eirest fühlbar, der Höhle adhärent, dessen manuelle Entfernung bei dem hochgradigen Meteorismus unmöglich ist. Starke Zersetzung. — Irrigation mit Carbollösung; Auslöffelung des Uterus; Entfernung einer grossen Menge bereits in Zersetzung begriffener Eireste. Drainage. Uterus contrahirt sich stark; Blutung steht sofort. Sonst keine Reaction. Drainage nach 13 Tagen entfernt.

Pat. erlag später dem Typhus und einer linksseitigen Pneumonie. Die Obduction ergab keine Spur von Abnormität der Beckenorgane; Uterus fast zur Norm zurückgebildet; Schleimhaut normal bis auf eine linsengrosse flachvertiefte Druckstelle, die vielleicht der Drainage zuzuschieben ist.

6) Gr. seit einigen Tagen an einer linksseitigen croupösen Pneumonie erkrankt, abortirte vor 4 Tagen im 4. Schwangerschaftsmonate. Unterleib sehr empfindlich; Portio steht etwas rechts, fixirt; äusserer Muttermund weit, im inneren ein Gewebsrest, der sich in die Höhle verfolgen lässt und dort adhärent scheint. Gebärmutter empfindlich, im linken Scheidengewölbe ein umfangreiches Exsudat. Blutverlust gering; starke Zersetzung. — Auslöffelung entfernt eine Menge stark zersetzter Eireste. Drainage. Blutung steht sofort; keine Spur einer neuen Entzündung; Pat. nach 8 Tagen fieberfrei; Ausfluss geruchlos; Drainage entfernt. Nach weiteren 8 Tagen Parametrien frei, Uterus gut beweglich, involvirt.

7) B. abortirte vor 3 Wochen im 3. Monat; seitdem ständiger Blutverlust, heftige Schmerzen im Unterleib. Innerer Muttermund für die Fingerkuppe durchgängig; in der Uterushöhle Eireste fühlbar; Uterus fixirt, im linken und hinteren Scheidengewölbe ein festes, sehr empfindliches Exsudat. Kein Geruch. — Auslöffelung in der Narkose entfernt starke Eireste. Drainage. Blutung steht sofort:

Entzündung nimmt nicht zu, im Gegentheil schwindet das Exsudat allmälig. Drainage nach 8 Tagen entfernt; Pat. einige Zeit später mit einem kleinen parametritischen Rest entlassen.

8) B. abortirte vor 8 Tagen, im 8. Monat der Schwangerschaft; enormer Blutverlust bis zur Aufnahme. Pat. hochgradig anämisch; Uterus dextroponirt, anteflectirt; äusserer Muttermund für ein Fingerglied durchgängig, innerer geschlossen; keine Reste fühlbar, doch starker Blutabgang und zersetzter Ausfluss. Auslöffelung entfernt kleine Bröckelchen eines zarten Gewebes. Drainage. Keine weitere Reaction. Blutung steht; doch hält in den nächsten 5 Tagen noch ein starker, seröser, fleischwasserähnlicher Ausfluss an, der dann auch sistirt. Drainage nach 20 Tagen entfernt; Pat. erholte sich allmälig.

Sechs Wochen später ging die Pat., die bereits das Bett verlassen hatte, ganz plötzlich an Embolie der Lungenarterie zu Grunde; es war ein Scheidenvarix geplatzt und die Blutung rasch durch Tamponade gestillt worden. Bei der immer noch sehr anämischen Frau hatte sich der Thrombus in sämmtliche paruterine Venen und selbst bis in die untere Hohlvene fortgesetzt, und hier sich jedenfalls ein Stück abgestossen; sonst am Uterus kaum etwas Abnormes.

9) K. abortirte Tags zuvor im 3. Graviditätsmonat. Leichte Empfindlichkeit des Uterus und des linken Parametriums. Cervix durchgängig; im Fundus starke Reste, mit einem Stiele adhärent. Starke Blutung; Tamponade erfolglos. — Ausräumung des Uterus; Drainage. Tags darauf ein leichter Frost, am 3. Tage ein kleines Exsudat im hintern und linken Scheidengewölbe nachweisbar. Drainage nach 8 Tagen entfernt; Pat. fühlt sich wohl; das Exsudat resorbirt sich allmälig.

Ob in diesem Falle die Entstehung des Exsudates der Tamponade oder dem Gebrauch des Löffels zuzuschreiben ist, muss zweifelhaft bleiben. Unsere übrigen Erfahrungen berechtigen uns wohl, das erstere anzunehmen.

Diesen 9 Fällen kann ich noch einen zehnten Fall aus der poliklinischen Praxis anreihen, der zugleich den Vorwurf zurückweist, dass bei diesem Verfahren Operationstisch, Specula und Assistenz nothwendig seien.

14 Tage nach einem Aborte im 2. Monate der Gravidität, der ständige Blutungen im Gefolge hatte, bei einer Patientin, wo ich wegen starker Bauchdecken mir den Uterus nicht genügend herabdrängen konnte, um die Eireste zu entfernen, führte ich den Simon'schen Löffel auf dem touchirenden Finger ein und schabte die ganze Höhle, besonders die Stelle, an der ich die Eireste gefühlt hatte, tüchtig ab. Ich hatte die Genugthuung, dass auch hier die Blutung sofort stand. Die ganze Operation, die höchstens eine Viertelstunde währte, und dabei beträchtliche Eireste ans Licht förderte, ging unter der Bettdecke vor sich.

Darf man aus den vorstehenden 10 Beobachtungen einen Schluss ziehen, so scheint mir die angewandte Methode in mehrfacher Hinsicht vor der manuellen Entfernung evidente Vorzüge zu haben.

Zunächst bedarf man der Dilatation des Cervix nicht. Es ist uns stets leicht gelungen, wo wir es nur versuchten, den Löffel ohne vorherige Dilatation einzuführen, selbst da, wo schon längere Zeit verflossen war, und der Cervix sich wieder so contrahirt hatte, dass der Finger ihn nicht mehr passiren konnte.

Man kann also sofort zur Entfernung der Eireste schreiten, ohne erst Zeit mit der Erweiterung des Cervix zu verlieren. Dabei vermeidet man auch gleichzeitig alle Gefahren, welche die Erweiterung im Gefolge haben kann; sind dieselben allerdings auch nicht so häufig, als von manchen Seiten behauptet wird, so ist doch schon unser

Fall 1) ein Beweis für ihre Existenz. Auch Veit giebt in seiner neuesten Arbeit: die Therapie der Verhaltung von Eiresten nach Fehlgeburten (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie) zu, dass die Dilatationsmethode nicht ganz gefahrlos sei, obgleich er ein eifriger Anhänger derselben, sie durchaus in Anwendung zieht. Insbesondere ist diese Gefahr gross bei Zersetzung der Eireste und bei bestehenden Entzündungen der Unterleibsorgane.

Auch der best desinficirte Pressschwamm vermehrt die Zersetzung, schafft neue Wunden der Mucosa und presst kleine Quantitäten Jauche in das Gebärmutterparenchym und in den Kreislauf.

Dass aber andererseits für bestehende Entzündungen in der Umgebung der Gebärmutter die Dilatation und die damit verbundene Zerrung derselben nicht vortheilhaft sein kann, ist klar. Für alle diese Zustände scheint mir unsere Methode eine werthvolle Errungenschaft zu sein.

Der scharfe Löffel kann aber auch die Dilatation ersetzen, wo sie als diagnostisches Hülfsmittel angewandt wird, um erst Eireste als Ursache der Blutung nachzuweisen. Wir haben in mehreren Fällen gesehen, dass es nicht mehr möglich war, mit dem Finger in die Gebärmutterhöhle zu gelangen und Eireste nachzuweisen, jedoch der Löffel schaffte dieselben heraus und zeigte den Grund der Blutung, indem er ihn beseitigte.

Nur einmal (Fall 4) gelang es nicht, den Gewebsrest mit dem Löffel allein zu entfernen, so dass die Dilatation erst zu Hülfe gezogen werden musste; aber auch bei der manuellen Entfernung wird hin und wieder einmal eine Wiederholung des Eingriffes nothwendig werden.

Ganz besonders aber scheint mir unsere Methode am Platze zu sein in Fällen, wo die Gebärmutter und ihre Adnexe entzündet sind, wo der Uterus in festen Exsudatmassen unbeweglich eingeschlossen oder durch Adhäsionen in seiner Beweglichkeit gehemmt ist. Das sind die Fälle, wo bisher der Operateur nicht einzugreifen wagte, wo, wie wir bereits oben gesehen, der Pressschwamm zu verwerfen ist, wo aber auch alles bimanuelle Operiren von schädlichem Einflusse sein muss. Man begnügte sich in der Regel in diesen Fällen bisher damit die Blutung mit der Tamponade zu stillen, auf die Gefahr hin, die Zersetzung noch zu fördern und die Entzündung zu mehren.

Mehrere unserer Beobachtungen haben uns hingegen gelehrt, dass auch hier der Löffel ohne jede Gefahr angewandt werden kann. Nur 2 Mal sahen wir eine Steigerung der Entzündung (Fall 1 und 9), das erste Mal musste dieselbe indessen auf die vorausgegangene Dilatation mit Pressschwamm, das zweite Mal auf die Tamponade geschoben werden. In den übrigen Fällen nahm die Entzündung durchaus nicht zu, sondern fast sofort ab.

Ich möchte schliesslich noch hervorheben, dass in keinem unserer Fälle ein Grund zu der Annahme vorlag, als seien durch den Löffel Verletzungen der gesunden Schleimhaut veranlasst worden, wie

sie bei den zu ähnlichen Zwecken von manchen Geburtshelfern benutzten Cüretten beobachtet zu sein scheinen. Die von den Chirurgen so vielfach constatirte Erfahrung, dass der scharfe Löffel, dessen Schneide ja senkrecht zu der Zugrichtung steht, nur bei einer ganz unmässigen Gewaltanwendung im Stande ist, physiologische Gewebe zu zerstören, bestätigt sich auch hier.

Somit glaube ich, dass in der Ausräumung des Uterus mit dem scharfen Löffel ein Hülfsmittel für die Behandlung der besprochenen Zustände gefunden ist, dessen Vorzüge leicht einleuchten und welches gewiss einer ausgedehnteren Prüfung werth ist. —

---

1. **Leopold.** Die Uterusschleimhaut im Wochenbett und ihre normale und mangelhafte Rückbildung.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XII. Hft. 2. p. 169.)

Für die Untersuchung der Uterusschleimhaut im Wochenbett, im gesunden wie im kranken Zustand, hat Verf. ein bedeutendes Material verwendet, welches entnommen ist von Frauen, die sofort nach der Geburt, am 7., 9., 14., 21. Tage, 6 und 10 Wochen post partum gestorben waren. Mit Hülfe dieses Materials liess sich nicht allein die Ueberhäutung der Uteruswundfläche, sondern auch die praktisch wichtige Subinvolution des Uterus eingehend studiren. Indem für die Befunde in den einzelnen Wochenbettsabschnitten auf das Original zu verweisen ist, sei nur Folgendes horvorgehoben.

Die Involutions- und Regenerationsschnelligkeit unterliegt sehr bedeutenden individuellen Schwankungen selbst bei ganz normalem Verlaufe. Während nach der Ausscheidung der Nachgeburt der im Uterus zurückgebliebene Rest der Decidua, von dem die Neubildung der jungen Schleimhaut ausgeht, nur in den Drüsenfundis Epithel trägt (nach L.'s Untersuchungen tragen die einzelnen Septa der Drüsenreste kein Epithel, wie Langhans gefunden hatte), so ragen am 7. Tage des Wochenbetts die Epithelien schon bis an die Oberfläche, ohne jedoch die Innenfläche des Uterus zu überziehen. Eine völlige Epithelauskleidung mag durchschnittlich erst in der 6. Woche gebildet sein, obwohl dazu auch 3 bis 4 Wochen ausreichend sein können. Die Trennung der Decdiua fand L. wie Langhans in der Ampullaerschicht, ohne dass er jedoch irgend welche Verfettung der Vera hätte nachweisen können. Der haftenbleibende Theil der Decidua besitzt nach der Geburt eine sehr schwankende Dicke von einem Minimum bis zu mehreren Millimetern. Durch die Contraction des Uterus bildet er jedoch durchschnittlich natürlich eine dickere Lage nach der Geburt als vorher im expandirten Uterus. — An den Thromben der Placentarstelle beobachtet man schon am 7. Wochenbettstage eine so hochgradige Altersverschiedenheit, dass man gezwungen ist schon deshalb die Entstehung einer Anzahl derselben in die Gravidität zu verlegen (spontane Venenthrombose). —

Die Untersuchung der Uteri von septisch erkrankten Wöchne-

rinnen lehrt ausser anderen im Original nachzulesenden wichtigen Ergebnissen, dass die Localaffection der Schleimhaut in gar keinem Verhältniss zur Schwere des Allgemeinleidens zu stehen braucht; bei gleich schweren Erkrankungen kann dieselbe das eine Mal fast Null das andere Mal bis zur tiefgreifendsten Zerstörung gediehen sein.

Auch diesem letzten Abschnitt der vorzüglichen Untersuchungen L.'s sind wie den vorhergehenden eine Anzahl vortreffliche Tafeln in Buntdruck beigegeben. Dieselben sind nicht allein wegen ihrer schönen Ausführung sondern vor allem wegen der grossen Treue, mit der sie die Verhältnisse wiedergeben, bemerkenswerth. Die Tafeln wurden nach grossen mikroskopischen Photographien gezeichnet, so dass darin die beste Garantie der vollkommenen Richtigkeit liegt.

Küstner (Jena).

---

2. **J. M. Crocker** (Provincetown, Mass.). Erysipel und Puerperalfieber.

(Bost. med. and Surg. Journal 1877. August 2.)

Verf. berichtet über eine Reihe von Entbindungen in der Privatpraxis, welche sich über mehrere Monate erstreckten, während welcher Zeit er 5 Fälle von phlegmonösem Erysipel und einen Fall von Scharlach im Wochenbette behandelte. Keine der Wöchnerinnen erkrankte, obgleich Verf. zu gleicher Zeit immer den einen oder anderen Fall von Erysipel in Behandlung hatte, und auch die Wöchnerin mit Scharlach genas, ohne dass mehrere andere während dieser Krankheit vom Verf. entbundene Frauen angesteckt worden wären. Verf. zieht hieraus den Schluss, dass zwar Erysipel und Puerperalfieber-Endemien zu gleicher Zeit herrschen können, dass sogar ein gewisser Connex zwischen beiden Krankheiten existirt, dass jedoch keinesfalls jede Wöchnerin gefährdet wird, wenn der Arzt zu gleicher Zeit einen Fall von Erysipel behandelt. Es müssen noch andere allerdings noch unbekannte Factoren zugegen sein, um aus Erysipel Puerperalfieber zu machen. Gegen dieses geheimnissvolle »Etwas«, das nichts destoweniger reell ist, muss der Arzt vorbeugen, und dies thut er am besten durch gewissenhafte Vorsorge und möglichste Verhütung aller Schädlichkeiten, ehe dieselben sich zeigen. Darunter versteht Verf. die vollständige Entfernung der Placenta und aller Eihautreste und Coagula mittelst Druck und Secale, dessen weitere Anwendung oft nützlich ist; die Verhinderung von Lochialzersetzung durch leicht carbolisirte Vaginalinjectionen und desinficirte Unterlagen und Servietten, ehe die Lochien übelriechend werden; den Gebrauch von Carbolsäure durch Arzt und Wärterin beim Waschen der Hände; regelmässige Harn- und Stuhlentleerung, gute aber nicht zu reiche Diät, ganz dem Bedürfniss der Pat. angemessen, Ruhe u. s. w., überhaupt die Beobachtung aller vernünftigen hygienischen Massregeln bis vollkommene Convalescenz eingetreten ist. Werden diese Vorschriften in jedem Falle scrupulös verfolgt, so glaubt Verf., dass man wenigstens

manchen Fall von puerperaler Infection und von wirklichem Kindbettfieber verhindern kann, ohne die Behandlung chirurgischer Fälle aufgeben zu müssen. **P. F. Munde** (New-York).

3. Medicinisch-statistischer Jahresbericht über die Stadt Stuttgart vom Jahr 1876.

Stuttgart, **J. B. Metzler'**sche Buchhandlung, 1877.

Diesem umfänglichen Bericht entnehmen wir nur einige die Geburtsverhältnisse betreffende Zahlen. Die Stadt weist im Jahr 1876 4361 Entbindungen auf, darunter 50 Mal Zwillinge, 1 Mal Drillinge, 433 davon in der Hebammenschule, der Bevölkerungszahl entsprechend 44,9 per mille, also eine sehr hohe Fruchtbarkeit. Auffallend ist das Verhältniss der Mädchen zu den Knaben, ausgedrückt durch die Zahl 100:101,3, gegen frühere Jahre ein bedeutender Rückschlag der Knaben. Das Verhältniss der Todtgeborenen zu den Lebendgeborenen ist 1:27,2. Das Maximum der Geburten fiel in den April, das Minimum in den Juli. Todesfälle kamen in den ersten 8 Tagen 10 vor, also 0,2%, eine Zahl, die eben wegen der Beschränkung auf die ersten 8 Tage sicher zu klein ist.

Was künstliche Entbindungen betrifft, so ist die Zusammenstellung zwischen den in der Stadt und in der Hebammenschule entbundenen nicht ohne Interesse.

	Es kommen im Gebärhaus	in der Stadt
künstlich entbundene überhaupt	1 : 14,4	1 : 13,4
Zange	1 : 36	1 : 29,7
Wendung	1 : 27	1 : 53
sonstige Handhülfe	1 : 108	1 : 178
Placentarlösung	0	1 : 59,5

Perforation, Kephalothrypsie und Kaiserschnitt kamen in diesem Jahr nicht vor. **Fehling** (Stuttgart).

---

4. **Delore.** Ergotininjectionen in das Uterusgewebe.

(Gaz. des hôpitaux 1877. August 12.)

Verf. macht in der Société de Chirurgie, am 31. October 1877 Mittheilung über seine Erfahrungen von Ergotininjectionen bei Fibroiden des Uterus. Er weicht von dem Hildebrand'schen Verfahren in sofern ab, als er mittelst der mit einer sehr langen Kanüle armirten Pravaz'schen Spritze in die Substanz des Uterus selbst injicirt und sich einer wässerigen Lösung von dem Ergotin nach Bonjean (1:2) bedient. Zu diesem Zweck legt er mittelst eines zweiblätterigen Speculum die Vaginalportion frei, sticht die Kanüle auf 5—6 Mm. ein und injicirt die Flüssigkeit langsam in das Gewebe des Collum. Unter 63 Injectionen traten 17 Mal heftige Fröste ein, 16 Mal Erbrechen, ferner häufig lebhafte Schmerzen an verschiedenen Orten, 2 Mal indessen nur Abscedirungen auf. Heilungen hat er von diesem Verfahren niemals gesehen, wohl aber in der Mehrzahl der Fälle

Besserung der Symptome. In der Discussion bemerken Duplay und Terrier, dass sie nach subcutanen Ergotininjectionen ebenfalls niemals Heilung beobachtet hätten, eine Verminderung der Metrorrhagien und der Schmerzen sei indessen fast in allen Fällen zu constatiren gewesen. **Runge** (Strassburg i/E.).

---

5. **A. Galabin** (London). Die mechanische und operative Behandlung des Gebärmuttervorfalls.

(Brit. med. Journal 1877. Sept. 22.)

An die Mittheilung von 2 Fällen knüpft Verf. einige bezügliche Bemerkungen.

Der 1. Fall betraf eine 36jährige Frau, die ein Mal geboren hatte und seither an vollkommenem Vorfall der Vagina und des Uterus litt. 1 Jahr nach Vornahme der Elytroraphie und Perineoraphie kehrte Patientin zurück, der Uterus war bei intact gebliebenem Perineum wieder ganz vorgefallen, doch liess er sich durch einen Hodge'schen Ring zurückhalten. Der Fall zeigt aufs neue, dass bei einer plastischen Operation grosse Neigung zur Wiederkehr des Prolapses besteht, wenn die Uterusligamente erschlafft sind.

Der 2. Fall betrifft ebenfalls einen vollständigen Gebärmuttervorfall. Nach 6wöchentlichem vorbereitendem Liegen wurde eine plastische Operation ausgeführt bestehend in Kolporaphia posterior und Anfrischung des Perineum. Der Uterus war in Folge des Liegens und der Operation um $1^1/_2''$ kürzer geworden. Entlassung mit Hodge.

Verf. empfiehlt Einlegen eines Hodge'schen Pessars überhaupt für Fälle von beginnendem Prolaps, indem es den Uterus in Anteversionsstellung stelle, das hintere Gewölbe ausspanne und so ein Herabsinken des Uterus in Retroversionsstellung verhindere. Wenn die Uterusligamente ihre Elasticität völlig eingebüsst, so empfiehlt er den vorderen Schenkel des Hodge nach vorn aufzubiegen. Doch nützt diese Form selbstverständlich in den Fällen nichts, wo Vagina und Perineum zu schlaff sind. Hier ist es das beste, eine plastische Operation zu machen, wenn sonst die Umstände günstig, damit dann der Hodge Halt findet, wie in obigem Fall. Unter Umständen muss die Abtragung eines Stücks der hypertrophischen Portio vaginalis vorangehen, eine Operation, die Verf. bei Hypertrophie der Portio supravaginalis als gefährlich lieber unterlassen will.

Fehling (Stuttgart).

---

6. **J. Braxton Hicks** (London). Ueber Blutungen bei retroflectirtem Uterus.

(Brit. med. Journal 1877. Oct. 6.)

Nach kurzer Berührung der verschiedenen Ansichten über Bedeutung und Behandlung der Retroflexio uteri wendet sich Verf. zu den durch diese abnorme Lagerung bedingten Blutungen, und zeigt

wie die Folgen der Retroflexio Anschoppung, vermehrte Blutung, Empfindlichkeit bei Berührung, Leucorrhöe sein müssen. Er richtet daher in erster Linie einen solchen Uterus auf, nie sollen darnach Entzündungserscheinungen auftreten, gewöhnlich tritt allmälige Besserung ein unter Verkleinerung des Uterus, Verminderung des Ausflusses etc. Ebenso nimmt die Menorrhagie ab. Das Aufrichten führt er mit dem Finger allein aus, legt dann ein Hodge'sches Pessar ein. Fühlt die Patientin sich dabei unbehaglich, so verschwinden diese Erscheinungen in wenig Tagen durch horizontale Lage in etwas vornübergebeugter Stellung. Zum Schluss illustrirt Verf. seine Ansichten durch einen Fall aus der Praxis. **Fehling** (Stuttgart).

---

7. **Leichtenstern** (Tübingen). Ueber den Hämoglobulingehalt des Blutes in Krankheiten.

(Württ. med. Corr.-Blatt 1877. Aug. 24.)

Verf. theilt in einem vor dem ärztl. Bezirksverein Tübingen gehaltenen Vortrag einige seiner diesbezüglichen Resultate mit. Die Untersuchungen über den Hämoglobulingehalt des Blutes wurden nach der Vierordt'schen Methode mittelst des Spectralapparates gemacht. Dieselben ergaben, wie auch eine beigegebene Curve zeigt, physiologische Schwankungen je nach dem Alter und Geschlecht. Der Gehalt des Blutes an Hämoglobulin ist am grössten beim Neugeborenen, um 30% höher als beim Erwachsenen, er sinkt bis zum 6. Lebensmonate rasch herab, bleibt dann bis zum 5. Jahr auf seinem normalen Minimum und steigt von da zu einem 2. aber geringeren Maximum zwischen 30 und 35 Jahren; dem nun wieder folgenden Absinken folgt mit 60 Jahren nochmals eine kleine Steigerung, vielleicht mehr zufällig. Beim weiblichen Geschlecht ist besonders in den Jahren der Blüthe und Reife das Blut an Hämoglobulin ärmer als das beim Mann.

Bei den meisten mit mangelnder Nahrungsaufnahme, Abmagerung u. s. w. verknüpften Krankheiten findet eine Abnahme des Hämoglobulingehalts statt. Eine Plethora dagegen, ausgezeichnet durch Vermehrung des Hämoglobulingehalts, fand Verf. nicht.

Ungewöhnlich fettleibige Personen boten wiederholt einen sehr geringen, selbst unterminimalen Gehalt des Blutes an Hämoglobulin. Bei Chlorose, nach Blutverlusten, bei der perniciösen Anämie fanden sich die niedersten Werthe, Verminderung um 70% und mehr. Prognostisch wichtig ist, dass bei eintretender Besserung das Ansteigen ziemlich rasch stattzufinden pflegt. Diagnostischen Werth hat die Methode bes. für Fälle von Bleichsucht, wo die objectiven Symptome den subjectiven nicht entsprechen, für perniciöse Anämie u. s. w.

Freilich ist die Methode wegen des kostspieligen Apparates vorerst nur auf Kliniken ausführbar, doch kann auch der Praktiker in einfacher Weise Resultate erhalten durch Vergleich von Blutproben in Capillaren oder engen Glaspipetten. **Fehling** (Stuttgart).

---

8. **P. Budin** (Paris). Gastro-elytrotomia.

(Progrès medical 1877. No. 38.)

Den im Jahre 1821 von Ritgen vorgeschlagenen und 1870 von G. Thomas in New-York von Neuem empfohlenen Bauchscheidenschnitt als Ersatz für die Sectio caesarea bringt Verf. in abermalige Erinnerung. Nach Mittheilung einer am Leichnam einer während der Geburt verstorbenen Frau ausgeführten Operation präcisirt er als Vorbedingung für dieselbe die vollständige Eröffnung oder Erweiterungsfähigkeit des Muttermundes. Für die Operation selbst giebt er folgende Vorschriften: 1. Hautschnitt vom Tuberculum pubicum zur Spina il. ant. sup. in der Länge von 15—17 Ctm. 2. Lostrennung des Peritoneums gegen die Port. vaginal. hin. 3. Incision der Scheide zwischen dem als Wegweiser in dieselbe eingeführten Mittel- und Zeigefinger der linken Hand. 4. Einführung der Hand in den durch den Assistenten gegen den Operateur geneigten Uterus und Entfernung des Fötus am Beckenende nach (je nach der Lage des Kindes) vorausgegangener Wendung.

Die Operationswunde wird mittelst Suturen vereinigt, was schon in den darauf folgenden Tagen einen Abfluss der Lochien auf den natürlichen Wegen herbeiführen soll. **Engelhorn** (Stuttgart).

---

9. **V. Keller** (Hallgarten). Die Volumverminderung des kindlichen Schädels bei seinem Durchtritte durch das Becken.

Inaug.-Diss. Erlangen 1877.

Verf. wiederholte unter Zweifel's Leitung Fehling's Versuche (siehe Arch. f. Gynäkologie Bd. VI) über die Volumverminderung des kindlichen Schädels durch künstliche Compression. Bei gleichem Verfahren an kindlichen Leichen kommt er zu gleichen Resultaten. Die Volumverminderung kommt nach ihm durch Verdrängung von Cerebrospinal-Flüssigkeit und, was er wesentlich betont, von Blut zu Stande. Dass Blut verdrängt wird, lehrt ihn der Versuch, bei welchem die freigelegte Vena jugularis durch Druck auf die Fontanellen prall sich anfüllt. Die sonst gegen diese Annahme angeführte Anämie des fötalen Schädels giebt Verf. nicht zu. Bei der daran geknüpften Besprechung fötaler Kreislaufverhältnisse nimmt Verf. mit Spiegelberg eine mit Beginn der Wehe eintretende Beschleunigung der kindlichen Herzaction an, der erst nachher die Verlangsamung folge und spricht sich damit gegen die von Fehling angegebene auf Hirndruck und Vagusreizung beruhende Pulsverlangsamung aus. Erklärt wird diese Pulsbeschleunigung durch eine Einpressung des venösen Blutes in den rechten Vorhof im Beginn der Wehe und eine dadurch bedingte reichlichere Blutzufuhr durch das Foramen ovale zum linken Vorhof und linken Ventrikel, welche ihrerseits eine Reizung der Herzganglien veranlassen soll. **Engelhorn** (Stuttgart).

---

10. **Parrot.** Die Schädeldeformationen in Folge hereditärer Lues.

(Lyon méd. Bd. XXVI. No. 36. p. 58.)

Die syphilitischen Schädelveränderungen sind wenig studirt und doch so charakteristisch, dass man aus ihnen allein die hereditäre Lues diagnosticiren kann. Sie bestehen in linsengrossen Plaques der Schädeloberfläche an den Frontalwinkeln der Ossa bregmatis und frontis. Von hier können sich die Plaques weiter ausbreiten, der Knochen wird erheblich dicker, schliesslich sieht man 2 Tuberositäten längs der Coronalnaht und der Sagittalnaht. Diese Tuberositäten sind durch eine tiefe Rinne getrennt. Dieser pathologische Knochen ist poröser, manchmal entstehen durch Hinüberwuchern praemature Synostosen. Diese Knochenwülste bleiben stets, man findet sie noch an alten Schädeln. Verf. fand sie auch an amerikanischen Schädeln die aus einer Zeit vor der Entdeckung von Amerika stammen, und schliesst daraus und aus ähnlichen amerikanischen Befunden, dass die Syphilis in Peru und Guayaquil vor der Entdeckung Amerikas existirte.

Diese Ansichten fanden in der Section d'Anthropologie des Assoc. franç. pour l'avanc. des sciens. eine wohlverdiente Opposition; sowohl was die Schlüsse auf die in Amerika praeexistirende Lues, als was den syphilitischen Charakter der von Anderen für rachitisch gehaltenen Schädelform anbetrifft. **Fritsch** (Halle a/S.).

Casuistik.

11. **Langlet.** Behandlung der Albuminurie in der Schwangerschaft.

(Journ. de med. et de chir. prat. XLVIII. p. 371.)

L. wendete mit vorzüglichem Erfolg Jaborandi an. Schwangerschaft im 3. Monat. Enorme Oedeme, bedeutende Menge Eiweiss im Urin. Prodromalsymptome der Eclampsie. Infusion von 3,0 Jaborandi; diese Medication wird 16 Tage fortgesetzt. Vollständige Heilung. Glückliche Entbindung am Terminus.

Fritsch (Halle a/S.).

12. **J. H. Fruitnight** (New-York). Extraction des Steisses mit der Kopfzange. Wiederbelebung des asphyktischen Kindes durch Faradisation.

(Virg. med. Monthl. 1877. Juli.)

Verf. wird zu einer 19½jährigen Ipar. gerufen, seit 5 Stunden Wehen. Pat. ist gross, stark und gesund; eine Vaginaluntersuchung zeigt jedoch eine abnorme Enge des Introitus vaginae, welche zuerst den Coitus unmöglich machte und später nur unter Schmerzen zuliess. Das Kind wurde in Ia-Steisslage gefunden, Muttermund 1½″ eröffnet, Blase stehend, Wehen gut. Nach 5 Stunden Blase gesprungen, Steiss im Beckenausgang, hier blieb der Steiss hartnäckig stehen, trotz kräftiger Wehen, und die zu Tage tretenden männlichen Genitalien des Kindes wurden allmälig sehr ödematös. Die laterale Episiotomie wurde gemacht und Secale gegeben, ohne den Steiss vorwärts zu bewegen. Versuche, die Schenkelbeuge mit dem Finger oder der Schlinge zu erreichen, misslangen. Der stumpfe Haken schien zu gefährlich, die Kopfzange wird von fast allen Autoritäten in diesen Fällen verworfen. Schliesslich, da man bleibenden Nachtheil für die geschwollenen

Genitalien fürchtete, entschloss man sich doch die Kopfzange zu versuchen. Die Pat. wurde ätherisirt. Die Zangenlöffel wurden über die Trochanteren des Kindes angelegt, und mit stetem Zuge innerhalb $^1/_2$ Stunde der Steiss entwickelt. Rumpf und Kopf manuell extrahirt. Nabelschnur um den Hals pulslos, das Kind schien todt. Die gewöhnlichen Belebungsmittel, auch künstliche Respiration, wurden angewendet, aber ohne Erfolg. Dann Faradisation, indem der positive Pol über dem Phrenicus am Halse applicirt und der negative in der Hand des Operateurs gehalten und über Wirbelsäule und Zwerchfellgegend, auch über Extremitäten bewegt wurde. Bald wurden die Respirationen auf 4 per Minute gebracht, und nach einer Stunde war das Kind vollständig belebt. Das Kind war ungewöhnlich gross. Verf. empfiehlt die Kopfzange als ungefährlicher als den stumpfen Haken.

P. F. Munde (New-York).

13. **Polaillon.** Hereditäre Knochensyphilis.

(Gaz. des hôpitaux 1877. No. 128.)

Eine Erstgebärende, welche seit dem 2. Monat der Schwangerschaft an syphilitischen Eruptionen leidet, kommt mit einem anscheinend gesunden ausgetragenen Kind nieder. Am nächsten Tage wird an demselben eine Fractur des Humerus constatirt, kurze Zeit darauf stirbt das Kind unter Erscheinungen des Darmkatarrhs. Bei der Section findet man beide Humeri fracturirt, das Periost an ihnen verdickt, ferner zahlreiche Exostosen an dem Femur, der Tibia, dem Radius und der Wirbelsäule. Dieser Befund wird nach den Arbeiten von Parrot (Siehe Société de chirurgie séance du 11. août 1875) auf Syphilis bezogen und beruht nicht, wie man früher annahm, auf Rachitis. Praktische Wichtigkeit hat diese Thatsache in sofern, als man bei der Entdeckung von Fracturen an Neugebornen nicht sofort den Geburtshelfer anklagen soll, sondern an Syphilis der Eltern zu denken und nach einer solchen zu forschen die Pflicht hat. **Runge** (Strassburg i/E.).

14. **J. Krauss** (Kirchheim). Ein Fall von osteomalakischem Becken.

(Württ. Corresp.-Bl. 1877. Aug. 17.)

Eine 41jährige Frau hatte bis zum Jahre 1874 4 gesunde Kinder leicht, 1 todtes mit Kunsthülfe geboren. Verf. beobachtete bei ihr im April 1874 eine seit 8 Wochen bestehende Schwangerschaft und fand bei Einleitung des künstlichen Abortes wegen unstillbaren Erbrechens eine hochgradige Verengerung des Beckenausganges, so dass der Raum zwischen den Tubera ischii nicht mit dem Finger passirt werden konnte. 2 Jahre später trat von neuem Schwangerschaft ein. Es wurde wieder der künstliche Abort eingeleitet. Die früher grosse Person misst jetzt 127 Ctm., zeigt eine starke Kyphose, Scoliose nach rechts und Lordose der Lendenwirbel. Troch. 25,0 Ctm., Spin. ant. sup. 27,0, Conj, ext. 16,0, Conj. diagon. nicht messbar. Die Tubera ischii, welche bei innerer Untersuchung einander berühren, stehen von aussen gemessen 4 Ctm. von einander ab. Dabei besteht vollständiges Wohlbefinden und ungestörte Arbeitsfähigkeit der Frau. **Engelhorn** (Stuttgart).

15. **Stansbury Sutton.** Abtragung eines Uterusfibroms von der hinteren Scheidenwand aus.

(Gaz. hebdomad. 1877. Aug. 17. No. 33.)

Verf. operirte bei einer Frau von 50 Jahren ein subperitoneales Uterusfibrom, welches die ganze rechte Beckenhälfte einnahm und den Uterus nach links verdrängte. Er incidirte die hintere Scheidenwand und drang nach Durchtrennung des Peritoneums auf den Tumor ein, welcher mit einem breiten Stiel mit der hintern Uteruswand zusammenhing. Nach Durchschneidung des Stiels wurde der Tumor mit einer Geburtszange entfernt. Dabei fielen einige Dünndarmschlingen vor, welche mit grosser Schwierigkeit reponirt wurden. Der Stiel der Geschwulst wurde mit 2 Ligaturen unterbunden und die Bauchhöhlenöffnung mit Schwämmen ausgestopft, um die Dünndarmschlingen zurückzuhalten. Tod nach 4 Tagen an allgemeiner Peritonitis. Die Autopsie ergab eine von den bei der Operation nothwendig gewordenen Manipulationen herrührende Perforation des Dünndarms.

Engelhorn (Stuttgart).

16. **V. Johannovsky** (Prag). Zwei Fälle von Carcinoma ovarii bilaterale.

(Prager med. Wochenschr. 1877. No. 38.)

Der erste Fall betrifft eine 60jähr. Frau, die 2 Mal geboren hatte. Die Menopause war vor 20 Jahren eingetreten, die Erkrankung hatte seit einem Jahr unter den Zeichen einer acuten Peritonitis begonnen. Es fand sich eine kindskopfgrosse Geschwulst im Unterleib, die mit breitem Stiel im kleinen Becken aufsitzend links 2 Finger breit über den Nabel reichte. Rechts fand sich ein kleinerer orangegrosser Tumor. Der Uterus war nach vorn verdrängt. Die Section wies ein fibröses Carcinom beider Ovarien nach mit kleinen Knoten im Netz.

Der 2. Fall wurde bei einer 28jähr. Frau, Mutter von 4 Kindern beobachtet. 6 Monate zuvor hatte ziemlich rasch die Entwickelung einer doppelseitigen Unterleibsgeschwulst begonnen. Die Menses waren normal geblieben. Der Uterus war auch hier nach vorn gelagert, 12 Ctm. lang. Die Section ergab vielfache Verwachsung der Gechwulst mit Netz und Darm, ferner ein Adeno-Carcinom beider Ovarien mit cystöser Entartung.

Recapitulirend betont Verf. die Doppelseitigkeit der Geschwulst, die Elongation des Uterus und die häufig beobachtete secundäre Bauchfellcarcinose, die allerdings in den beiden mitgetheilten Fällen nicht vorhanden war.

Fehling (Stuttgart).

17. **Massart.** Reduction einer Retroversio uteri.

(Lyon méd. Bd. XXVI. No. 36. p. 57.)

Nach vergeblichen Repositionsversuchen wurde ein Nachtgeschirr als Schröpfkopf auf den Leib applicirt, dadurch der Druck der Gedärme eliminirt und nun die Reduction mit Leichtigkeit ausgeführt. Die bestehende Schwangerschaft bestand fort.

Fritsch (Halle a/S.).

18. **L. H. Petit.** Therapeutische Anwendung von Salicylsäure und ihres Natronsalzes.

(Bull. gen. de ther. 1877. Jan. 30. Bd. II. p. 70.)

P. berichtet von 7 Fällen von schwerer Puerperalaffection, welche durch innere Darreichung von Acid. Salicyl. geheilt wurden. Die Gabe war hoch bis 20 Grm. pro die. Gab man gleichzeitig Chinin so war der Fieberanfall weder so prompt noch so andauernd. —

Küstner (Jena).

19. **Clutton.** Angeborner Verschluss des Rectum.

(The Lancet 1877. Sept. 1. p. 311.)

Verf. betont den wesentlichen Unterschied zwischen Verschluss des Anus und des Rectums. Im ersten Fall fehlt nur diese Oeffnung und ist durch eine mehr oder minder dicke Membran verschlossen, im letztern ist nur ein Theil des Rectum vorhanden, dasselbe endigt blind. Ein 4 Tage alter Knabe wurde im St. Thomas' Hospital vorgestellt. Man gelangt bei ihm durch den Anus in einen 1″ langen blind endigenden Sack. Der Sphincter ani wurde bis zum Steissbein aufgeschlitzt, der Blindsack gespalten, der vordringende Finger konnte aber selbst in der Höhe des Promontorium keinen Darm fühlen. Darauf wurde in der rechten Inguinalgegend ein künstlicher Anus nach Littré angelegt, das Kindespech kam leicht heraus, das Kind schien auch einige Tage zuzunehmen. Es starb jedoch 14 Tage hernach an Inanition. Die Section zeigte, dass der künstliche Anus der Flexura sigmoidea entsprach; eine Organerkrankung oder Peritonitis war nicht vorhanden. Das Rectum lag im Becken mit Koth gefüllt, mehr nach links dislocirt, reichte bis $1^1/_2$″ oberhalb der natürlichen Afteröffnung hinab. Zwischen dem unteren Ende desselben und dem Anus war keinerlei Strang nachzuweisen.

Underhill (Edinburg).

20. **W. M. Jones** (Rotherham). Angeborne Hernie beider Ovarien.

(Brit. med. Journ. 1877. Sept. 22.)

Eine verheirathete Frau, Mutter eines Kindes, klagte über ziehende Schmerzen im Unterleib und eine Geschwulst in beiden grossen Labien. Solang ihre Erinnerung reichte war stets beim Aufstehen ein kleiner Tumor beiderseits in die La-

bien herabgetreten, der beim Liegen allemal wieder zurückging. Zur Zeit der Regel war dieser Tumor schmerzhaft. Die Untersuchung ergab 2 leicht reponible Körper in dem Inguinalcanal, bei der nächsten Menstruation konnte Schwellung und Empfindlichkeit derselben beobachtet werden. Ein doppelseitiges Leistenbruchband beseitigte alle schlimmen Erscheinungen.

Fehling (Stuttgart).

21. **Le Double.** Regelmässiges Intermittens mit sehr deutlichen Frösten bei einem Kinde von 6 Monaten.

(Annales de Gynécologie 1877. August.)

Die Fieberanfälle begannen täglich früh 10 Uhr und dauerten 6 Stunden an. Milz deutlich hypertrophirt. Heilung durch Chinin. (Chin. sulf. 0,15, Acid. tartar. 0,05, täglich 1 Dosis.) **Schellenberg** (Leipzig).

22. **J. M. Richmond** (Missouri). Vollständige Atresia vaginae als Folge einer Verletzung.

Pat. 21 Jahr alt, verheirathet. Nie menstruirt, sonst gesund. In ihrem 8. Jahre verletzte sie sich schwer durch einen Fall rittlings auf einen Baumzweig. Normale äussere Genitalien, das Ostium vaginae jedoch durch Narbengewebe vollständig verschlossen, Meatus urinarius für eine kleine Sonde durchgängig. Mit Finger im Rectum und Sonde in der Blase konnte man nur eine ungewöhnliche Derbheit der Gewebe in der Mittellinie fühlen, jedoch keine Spur eines für die Scheide zu haltenden Körpers. Uterus nicht fühlbar, nur in der Gegend wo die Vaginalportion sein sollte eine empfindliche Stelle, welche sich als ein kleiner Abscess erwies, der in die Blase barst und Eiter und Charpiefetzen entleerte. Letztere waren wahrscheinlich seit der Verletzung vor 13 Jahren eingekapselt geblieben. Erst nachdem die Symptome von obstructiver Dysmenorrhöe sich zeigten, entschloss sich Patientin zu einer Operation. Nach Emmet's Vorgehen wurde die Durchtrennung mit Finger und Messerstiel gegen den vermeintlichen Sitz des Uterus unternommen. Das feste narbige Gewebe liess ein schnelles Vorgehen nicht zu. Sonde in der Blase und 2 Finger im Rectum leiteten den Weg. Nachdem etwa 3 Zoll vorgegangen worden war, hielt man es für gerathen vor der Hand abzustehen, da die Operation schon $1^1/_2$ Stunden gedauert hatte. Einer von Sims gläsernern Stöpseln mittlerer Grösse wurde eingelegt und mittelst TBinde festgehalten. Nach 7 Tagen wurde die Operation fortgesetzt. Der Stöpsel war ohne besondere Schmerzen zurückgehalten worden, die Vagina war $2^1/_2''$ lang. Mit grosser Vorsicht wurde nun weiter präparirt, bis fast 5″ tief vorgeschritten war; eine sehr delicate Arbeit, da die Peritonealhöhle bei jedem Schritte fast eröffnet schien. Immer noch kein deutlicher Uterus zu fühlen. Glas-Stöpsel 5″ lang und $1^1/_3''$ dick. Tägliche laue Einpritzungen. Gute Heilung, Scheide $1^3/_4''$ weit und $4^1/_2''$ tief. Jeden Monat treten deutliche Menstrualmolimina ein. Nach einigen Monaten fand man Blut aus einer kleinen Oeffnung, etwa $1^1/_2''$ vom Scheidengewölbe an der vorderen Wand, träufeln. Nach der Periode wurde diese Oeffnung mit der Scheere erweitert und der Muttermund dort gefunden; nur die Oeffnung, aber keine Lappen und keine deutliche Vapinalportion. Eine Sonde drang in den Uterus $1^3/_4''$ ein. Die Urethra ist bei der Operation fast bis an den Sphincter vesicae zerstört worden, doch besteht vollständige Controle über die Blase. Bis dato (fünf Jahre nach der Operation) hat Patientin neun Mal menstruirt, ist in guter Gesundheit und fähig ihren ehelichen Pflichten vollständig nachzukommen.

P. F. Munde (New-York).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S., an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Hierzu **Titel** und **Register** für Jahrgang 1877.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE